Rok LII. Kraków, dnia 31. maja 1913. Nr 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

†

PROF. DR ADAM BOCHENEK

Uniwersytet Jagielloński doznał w bieżącym roku przez śmierć profesorów, będących chlubą Wszechnicy, już kilku ciężkich strat; obecnie ponosi nową stratę, przez śmierć profesora anatomii opisowej, Dra Adama Bochenka.

Urodzony w Krakowie w r. 1875, Adam Bochenek ukończył też tu nauki gimnazyalne i w r. 1892 zapisał się w poczet uczniów Wydziału lekarskiego krakowskiej Wszechnicy, na której w r. 1898 otrzymał dyplom doktorski.

Zamiłowanie do studyów anatomicznych, którym się specyalnie poświęcił, okazywał Adam Bochenek już w czasie studyów i przez dwa lata zajmował miejsce demonstratora w zakładzie anatomii porównawczej Prof. Hoyera, zapoznając się już wtedy z metodami badań histologicznych układu nerwowego. Zostawszy po zdaniu doktoratu asystentem przy katedrze anatomii ludzkiej, wyjechał wkrótce, bo już w r. 1899, dla dalszych studyów za granicę, gdzie zapoznał się w Strassburgu, w zakładzie anatomicznym Prof. Schwalbego, z metodami badań antropometrycznych. Ale ten kierunek badań nie zadowalniał ś. p. Bochenka i chociaż może na tej drodze łatwiej byłoby Mu dojść do stanowiska, powrócił do badań ściśle anatomicznych. W tym też celu udał się do Louvain w Belgii, gdzie pod kierunkiem Prof. van Gechuchtena zapoznał się z metodami badań przebiegu dróg nerwowych na drodze eksperymentalnej, mianowicie drogą wywoływania zwyrodnień w drogach obwodowych. Tam też w Louvain wykonał Adam Bochenek szereg prac, a powróciwszy z tym dorobkiem naukowym do Krakowa, habilitował się w r. 1901 na docenta anatomii opisowej ludzkiej, w r. zaś 1906 zamianowany został profesorem nadzwyczajnym.

Od tego czasu widzieliśmy Adama Bochenka, rozwijającego działalność naukową i pedagogiczną we Wszechnicy Jagiellońskiej. Z prawdziwem zamiłowaniem i niezmordowaną pilnością pracował nad gromadzeniem materyałów do badań nad układem nerwowym, a chcąc rzecz całą objąć jeszcze szerzej, udał się w r. 1903 do stacyi zoologicznej w Neapolu, zebrał tam obszerny materyał zwierząt bezkręgowych i na podstawie paroletnich badań ogłosił pracę o budowie dróg nerwowych, przyczem stosował wówczas bardzo modną metodę Apathyego. Prócz badań czysto anatomicznych, a w szczególności studyów z zakresu badań nad układem nerwowym, nie zaniedbywał też Bochenek badań antropometrycznych i w rozprawach Komisyi antropologicznej Akademii Umiejętności opublikował cały szereg prac z tego działu.

Nie zaniedbując badań własnych, które ogłaszał głównie w Biuletynie Akademii Umiejętności i w Anatomischer Anzeiger, rozwijał ś. p. Bochenek wydatną działalność, dydaktyczną nietylko z katedry i w czasie ćwiczeń z zakresu anatomii topograficznej i badania dróg nerwowych, ale też w pracowni specyalnej. Neurologiczny oddział zakładu anatomicznego gromadził coraz większą ilość pracowników, którzy z prawdziwem zaufaniem i głęboką sympatyą zwracali się do swego kierownika. Prof. Bochenek dawał inicyatywę i zachętę do pracy, dostarczał materyału i środków; z nadzwyczajną uczynnością i prawdziwą uprzejmością starał się usunąć wszystkie trudności, nie szczędził własnego czasu i środków, ażeby wszystkim dokoła niego się garnącym, dopomódz i wszystko ułatwić. I dlatego dziwić się nie można, że w pracowni jego panowały stale najmilsze i najserdeczniejsze stosunki, kierownik pracowni nietylko otoczony był prawdziwym szacunkiem, lecz spotykał się wielokrotnie z dowodami najszczerszego przywiązania.

Działalność pracowni neurologicznej instytutu była też coraz owocniejsza; a chociaż śmierć przerwała to życie w połowie jego dni, to jednak dorobek pracowni neurologicznej jest tak pokaźny, że niewątpliwie niewielu kierowników, stojących na czele lepiej uposażonych pracowni, może się takim dorobkiem, zdobytym w tak krótkim czasie, poszczycić.

Pracownia nie wyczerpywała całej działalności ś. p. Bochenka. Pragnął on głęboko, ażeby wiedzę swoją zużytkować także w tym najbardziej trwałym kierunku działalności dydaktycznej, ażeby mianowicie przez stworzenie pod-

ręczników polskich rozszerzyć kręgi swych uczniów na całość ziem polskich. Tak często z ust jego słyszałem zdanie, że uważa za obowiązek każdego z profesorów polskich wszechnic, ażeby w miarę sił brali udział w przysporzeniu polskiej naukowej literaturze dzieł poważnych treści naukowej ze swego działu.

Kiedy ś. p. Prof. Hoyer (senior) zainicyował wydanie podręcznika polskiej histologii, Prof. Bochenek stanął w liczbie współpracowników. Widzieliśmy go dalej opracowującego anatomię, histologię i embryologię jamy ustnej dla podręcznika dentystyki Prof. Łepkowskiego. Wreszcie w czyn postanowił wprowadzić plan dawno ułożony opracowania tak niesłychanie obecnie potrzebnego podręcznika anatomii opisowej ludzkiej. Żmudna to i ciężka była praca, bo połączona z kierownictwem rysunków i zbieraniem najdokładniejszem literatury działu anatomicznego. Ś. p. Bochenek postanowił podręcznik swój w ten sposób napisać, żeby zastępował zarazem słuchaczom atlas anatomiczny. Minęło parę lat, odkąd pierwszy tom anatomii ukazał się w nakładzie Akademii Umiejętności w Krakowie, i dziś można powiedzieć istotnie, że Prof. Bochenek wywiązał się chlubnie z podjętego zadania. Dzieło jego istotnie odpowiada wszystkim wymaganiom. Sam fakt, jak bardzo jest rozpowszechniona anatomia Bochenka, fakt, że młodzież w prosektoryum posługiwała się stale jego dziełem, świadczy wymownie, jak sama myśl, przez niego podjęta, była szczęśliwą i jak dobre było jej wykonanie. O książce tej z prawdziwem zadowoleniem mógł myśleć jej autor, mógł myśleć istotnie, że stał się nauczycielem anatomii dla ogromnej większości polskim językiem władających przyszłych lekarzy.

Niestety nie było Mu danem patrzeć na owoc dalszej swej działalności w tym kierunku. Kiedy drugi tom w pierwszej redakcyi zupełnie ukończył, gdy pierwsze arkusze oddane zostały do druku, przerwała śmierć pasmo tego pracowitego życia.

We wspomnieniu pośmiertnem o ś. p. Bochenku niepodobna nie podkreślić życzliwości, jaką miał dla młodzieży uniwersyteckiej. Jego gorącem pragnieniem było, żeby Uniwersytet nasz jednoczył w swych murach młodzież wszystkich zaborów Polski, żeby starać się przy przyjmowaniu młodzieży o jaknajwiększe ułatwienia dla młodzieży z pod rosyjskiego zaboru.

Życie, pracy naukowej i pedagogicznej poświęcone i zupełnie oddane, urozmaicało Mu wielkie zamiłowanie do sztuki i dzieł artystycznych. Gorący miłośnik Krakowa i jego pamiątek, przywiązany był szczerze do tutejszych zabytków sztuki. Każdy pobyt Jego we Włoszech, dokąd często jeździł, podnosił jeszcze Jego artystyczne upodobania.

Przez szereg lat wykładał jako docent artystyczną anatomię w Akademii Sztuk pięknych i w wykładach tych wielkie znajdował zadowolenie.

Wyczerpany gorączkową pracą i znużony życiem, które stawiało Mu wiele dla Jego charakteru trudnych do zwalczenia przeszkód, uległ wreszcie w tej walce życiowej w chwili, gdy działalności Jego, sił i pracy, tak bardzo potrzeba było Jego uczniom, całemu Uniwersytetowi i polskiej nauce.

Emil Godlewski.

Prace ś. p. Prof. Dr Bochenka.

1) Die Reifung und Befruchtung des Eies von Aplysia depilans. Bull. de l'Acad. des Sciences de Cracovie. Mai 1899.

2) Die Nervenbahnen des Vorderhirns von Salamandra maculosa. Tamże. Juillet 1899.

3) Über die Nervenendigungen in den Plexus chorioidei des Frosches. Tamże.

4) O dojrzewaniu i zapłodnieniu jaja u ślimaka Aplysia depilans. Rozpr. Wydz. matem.-przyr. Akad. Um. w Krakowie. Tom XXXIX. 1899.

5) Drogi nerwowe przedmóżdża salamandry. Tamże. T. XXXVIII. 1900.

6) O unerwieniu splotów naczyniowych mózgu żaby. Tamże XXXVIII. 1900.

7) Tkanka nabłonkowa. W »Podręczniku histologii« wydanym pod redakcyą Prof. Dra H. Hoyera (sen.). Warszawa 1900.

8) Kritisches über die neuen Capacitätsbestimmungsmetoden. Zeitschr. f. Morphol. u. Antrop. B. II. H. I. 1900.

9) Beschreibung der Schädel aus einer spätrömischen Grabstätte nahe dem Weissthurmthor in Strassburg. Mittheil. der naturhist. Gesell. in Colmar 1901 i 1902.

10) Anatomie fine de la cellule nerveuse de Helix pomatia. Compt. rend. de l'Assoc. des Anatomistes. Lyon 1901.

11) O budowie komórki nerwowej ślimaka Helix pomatia. Nakładem autora. Kraków 1901.

12) Contribution à l'étude du système nerveux des gasteropodes (Helix pomatia). L'anatomie fine des cellules nerveuses. Le Nevraxe. Vol. III, 1901.

13) La racine bulbo-spinale du trijumeau et ses connéxions avec les trois branches périphériques. Le Névraxe. Vol. III. 1901.

14) Dégénérescence des fibres endogènes ascendantes de la moelle après ligature de l'aorte abdominale. Le Névraxe. Vol. III. 1901.

15) Neuer Beitrag zur Anatomie der Hypophyse der Amphibien. Bull. d'Acad. des Scienc. de Cracovie. Juillet 1902.

16) Główniejsze cechy charakterystyki antropologicznej ludności włościańskiej powiatu mławskiego gubernii płockiej. Materyały Komisyi antropol. Akad. Um. T. VIII. Dz. I. 1904.

17) Główniejsze cechy charakterystyki antropologicznej ludności włościańskiej okolicy Kutna i Łęczycy. Tamże. T. VII. 1903.

18) Drogi nerwowe dla odruchów wywołanych wrażeniami wzrokowemi. Postęp okul. Nr 6. Kraków 1903.

19) Untersuchungen über das centrale Nervensystem der Wirbellosen. Bull. de l'Acad. des Sciences de Cracovie. Fevrier 1905.

20) Badania nad systemem nerwowym mięczaków, osłonic i szkarłupni (Anodonta, Ciona, Synapta). Rozp. Wydz. matem.-przyrodn. Akad. Um. Serya 13. T. XLV.

21) Anatomia i rozwój jamy ust i zębów. »Podręcznik dentystyki« wydany pod redakcyą Łepkowskiego i Dzierżawskiego. Warszawa 1905.

22) O ruchu w świecie zwierzęcym. Wszechświat 1897.

23) O wpływie systemu nerwowego na procesy twórcze w organizacyach. Wszechświat. Warszawa 1904.

24) (et van Gehucchten): Le nerf de Willis dans ses connexions avec le nerf pneumogastrique. Le Névraxe. Vol. II. 1911.

25) Über zentrale Endigungen des Nervus opticus. Bull. de l'Acad. de Sciences de Cracovie 1908.

26) Badania nad ośrodkowemi zakończeniami nerwów wzrokowych u zwierząt ssących. Prace Zjazdu neurologów 1910.

27) O gruczołach przytarczycznych. Przegląd lekarski 1910.

28) Anatomia człowieka. T. I. Kraków. Nakładem Akademii Umiejętności.

Prace, wykonane pod kierunkiem ś. p. Prof. Bochenka.

Frenkel Br.:

1) Die Kleinhirnbahnen der Taube. Bull. de l'Academie de Sc. de Cracovie 1909.

2) Ein Beitrag zur Kentnis der im Textum opticum der Vögel entstehenden Bahnen. Anat. Anz. Bd. 40, 1911.

Grzywo-Dąbrowski W.:

1) Experimentelle Untersuchungen über die zentralen Riechbahnen des Kaninchens. Bull. de l'Acad. des. Sc. Cracovie 1911.

2) Der Tractus olfactorio mesencephalicus basalis der Maus und der Katze. Anat. Anz. Bd. 40, 1911.

Jeleńska Macieszyna S.:
1) Auf- und absteigende Bahnen des hinteren Vierhügels beim Kaninchen. Neurol. Centr. 1911.
2) Über die in den vorderen Vierhügeln des Kaninchens entspringende Bahnen. Bull. de l'Acad. des Sc. Cracovie 1913.
Kleczkowski T.:
Badania nad rozwojem nerwu wzrokowego. Kraków, 1913. Rocznik lekarski Tom. III.
Łoziński P.
1) Über den histologischen Bau des Lamellibranchierherzens. Bull. de l'Acad. des Sc. Cracovie 1906.
2) O budowie histologicznej serca małży. Kraków, 1906.
Rosenhauch E.
1) Rozwój komórki śluzowej. Rozpr. Ak. Um. w Krakowie 1907.
3) Ueber die Entwickelung der Schleimzelle. Bull. de l'Acad. des Sc. Cracovie 1907.

Z kliniki chorób dzieci Uniwersytetu lwowskiego.

W sprawie etyologii krzywicy.

Wykład, wygłoszony w streszczeniu na I międzynarod. Zjeździe pedyatrów w Paryżu dn. 9 X. 1912.

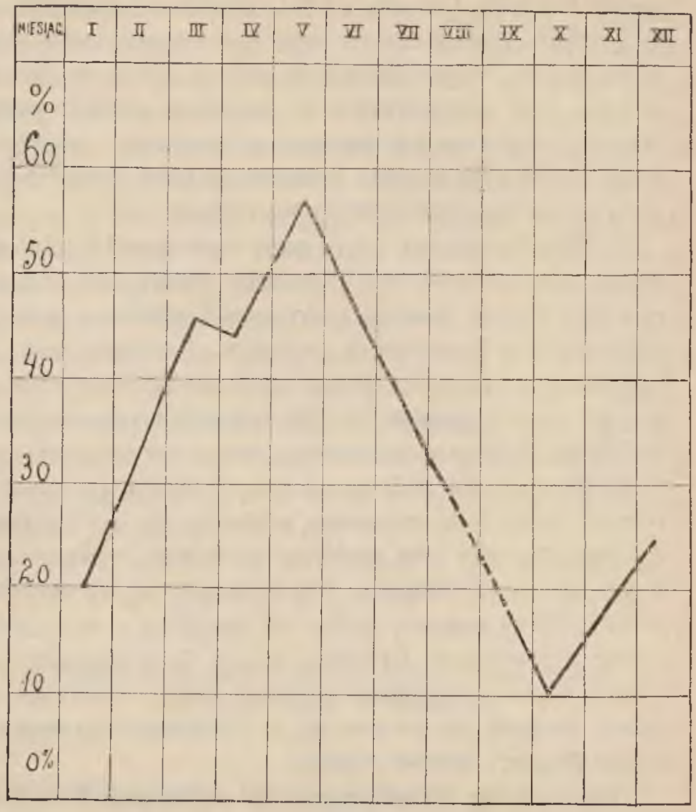
Podał

Prof. Dr Raczyński.

Wśród licznych, różnorodnych, często wprost sprzecznych zapatrywań na istotę, przyczynę i patogenezę krzywicy zwracał od dawna na siebie uwagę jeden fakt, wynikający z obserwacyi klinicznej, a mianowicie, że schorzenie to pojawia się najczęściej i w swoich najcięższych postaciach w miesiącach następujących po zimie, a więc w marcu, kwietniu, maju, że już skąpszą ilość przypadków spotykamy w dalszych miesiącach letnich, najrzadziej zaś stwierdzamy krzywicę w miesiącach jesiennych. Powtarza się też co roku to zjawisko w naszej klinice, że w jesieni trudno nam nieraz znaleść przypadek świeżej krzywicy do przedstawienia na wykładzie, tymczasem w miesiącach wiosennych trudno przedstawić dziecko kilkomiesięczne o kośćcu prawidłowym.

Chcąc ująć to spostrzeżenie w formę konkretną, zestawiliśmy wszystkie przypadki krzywicy u dzieci zgłaszających się do ambulatoryum naszej kliniki w ostatnich 3 latach w poszczególnych miesiącach, przyczem uwzględniliśmy stosunek liczby dzieci krzywiczych do liczby wszystkich zgłaszających się dzieci tego samego wieku. Stosunek ten, wyrażony w odsetkach i ujęty krzywą, dał nam bardzo charakterystyczny obraz.

Widzimy, jak krzywa nasza zaczyna się wznosić w listopadzie, wzrasta dość gwałtownie w następnych miesiącach, osiąga najwyższe wzniesienie w maju, poczem opada aż do najniższego punktu w październiku. Ten wzrost przypadków krzywicy w wiosennych miesiącach stwierdza też Fischl w swej ostatniej pracy. W statystyce naszej uwzględniono umyślnie tylko dzieci od 3. do 12. miesiąca życia, a to dlatego, aby nie mieszać przypadków przebytej krzywicy u dzieci starszych i otrzymać czysty obraz częstości krzywicy ostrej w biegu będącej, powtóre, aby w rozpatrywaniu związku przyczynowego między krzywicą a porą roku wyłączyć można wszystkie wpływy, mające wywoływać krzywicę, a przydarzające się przeważnie u dzieci starszych,



jak n. p. przebyte choroby zakaźne i t. d. Statystyka naszej kliniki ma także z tego powodu wyjątkową wartość, że dzieci w niej uwzględnione są prawie wyłącznie karmione piersią, lub dokarmiane.

Wiadomo nam, że żywieniu sztucznemu przypisują niektórzy autorowie w etyologii krzywicy pierwszorzędne znaczenie; w naszem zestawieniu ten czynnik jest zupełnie wyłączony. Muszę też zwrócić uwagę i na tę okoliczność, że w statystyce naszej nie ograniczyliśmy się tylko do obliczenia ilości dzieci krzywiczych, lecz krzywa nasza jest wynikiem stosunku ilości dzieci krzywiczych do całej ilości dzieci, zgłaszających się o poradę lekarską. Nie może więc nas dotyczyć często podnoszony zarzut, że nagły wzrost w statystykach klinicznych przypadków krzywicy w miesiącach wiosennych jest tylko wzrostem pozornym, wywołanym chętniejszem i liczniejszem zgłaszaniem się matek o poradę do klinik w tych właśnie miesiącach.

Stwierdziwszy w ten sposób niewątpliwy fakt znacznie wzmożonego pojawiania się krzywicy w miesiącach wiosennych, przejdźmy po kolei różne czynniki, mające mieć znaczenie w etyologii tej choroby i rozpatrzmy, czy którykolwiek z nich zdoła nam wytłómaczyć powyższe zjawisko.

Przypuszczano więc, że krzywica dlatego pojawia się najczęściej pod wiosnę, bo dzieci, zamknięte przez zimę w wilgotnych, dusznych, przepełnionych mieszkaniach, oddychają powietrzem, zawierającem kwas węglowy. Kwas ten, znajdując się we krwi, ma rozpuszczać sole wapniowe i zubożać kości w wapno. Przypuszczenie to nie znalazło jednak potwierdzenia w badaniach chemicznych, nadto stanęło w sprzeczności ze spostrzeżeniem klinicznem, dokonanem na dzieciach dotkniętych wrodzoną wadą serca, które mimo znacznego i stałego przesycenia krwi tym kwasem często bywają wolne od krzywicy.

Kassowitz przyjmuje, że nie kwas węglowy jako taki jest tym czynnikiem szkodliwym, lecz, że czynnikiem wywołu-

jącym krzywicę jest złe, zużyte powietrze ciasnych, przepełnionych, niewietrzonych mieszkań ubogich ludzi, »Armeleutegeruch«. Zapatrywanie to jednak nie wytrzyma także krytyki, jeśli uwzględnimy, że krzywica nie jest wyłączną chorobą biedaków, bo spotykamy ją równie dobrze, choć może nie w tym stopniu nasilenia, u dzieci przebywających zimę w najhigieniczniejszych warunkach.

Wśród przyczyn, które mają wywoływać krzywicę, odgrywa zdaniem niektórych autorów pewną rolę dziedziczność. Często bowiem spotykamy krzywicę u dzieci, pochodzących z krzywiczych rodziców, przyczem najczęściej krzywicza matka rodzi dzieci ulegające krzywicy. Spostrzegać też czasem możemy, że jeśli tylko jedno z rodziców było dotknięte krzywicą, to te dzieci, które odziedziczyły podobieństwo fizyczne (barwę włosów, rysy i t. p.) tego z rodziców, które było krzywicze, odziedziczają też i skłonność do krzywicy, gdy inne, podobne do rodzica niekrzywiczego, wolne są od tej choroby. Ale z drugiej strony spotykamy także i dzieci zupełnie wolne od krzywicy z rodziców wybitnie krzywiczych, zwłaszcza wtedy, jeśli stosunki majątkowe rodziców znacznie się poprawiły, a warunki życia dzieci zmieniły się na korzyść w porównaniu do warunków, wśród których wzrośli rodzice.

Przyjmując jednak nawet, że zapatrywanie o dziedziczeniu tej choroby jest bezwarunkowo słuszne, a prawo dziedziczenia krzywicy rozciąga się na wszystkie przypadki, to jeszcze nie znajdujemy w teoryi tej odpowiedzi na pytanie, dlaczego u tych dziedzicznie obciążonych dzieci pojawia się krzywica właśnie pod wiosnę. Teoryą dziedziczenia nie wytłomaczymy zatem zależności pojawiania się krzywicy od pewnej pory roku, co najwyżej uznać w niej możemy moment usposabiający do rozwinięcia się tej choroby pod wpływem innych czynników.

Nie wyjaśni nam także postawionego pytania zapatrywanie, wprowadzające w związek przyczynowy krzywicę ze sposobem żywienia, tem bardziej, że i ta teorya sama w sobie nie jest bez zarzutu. Wiadomo nam wprawdzie, że częściej ulegają tej chorobie dzieci sztucznie żywione, a zwłaszcza dzieci przekarmiane (Heubner), jednak wyjaśnienie, dlaczego tak się dzieje, napotyka na wielkie trudności. Tłomaczenie tego związku odwapnieniem (dekalcynacyą) ustroju przez odciągnięcie wapna do jelit dla zobojętnienia kwasów tłuszczowych i tworzenia mydeł tłuszczowych (Birk-Rothberg) zostało przez Bahrdta i Freunda odrzucone, badacze ci bowiem wykazali, że te ilości wapna, które rzeczywiście służą do wytworzenia mydeł, są za małe, aby bilans wapna w ustroju mógł być ujemny, a ustrój aż do tego stopnia odwapniony, aby uległ krzywicy. Gdybyśmy jednak mimo to przyjęli, że istnieje, chociaż nie wyjaśniony dotychczas, związek między czynnością przewodu pokarmowego a pojawieniem się krzywicy, to nie da nam to odpowiedzi na pytanie, dlaczego związek ten ujawnia się właśnie najwybitniej w pewnej porze roku. Tem mniej możemy w tym czynniku szukać przyczyn krzywicy u dzieci, objętych naszą statystyką jako karmionych piersią.

I wszystkie inne zapatrywania na etyologię krzywicy, (pomijając już wątpliwą ich wartość), a więc, czy to teorya o związku krzywicy z wydzielaniem wewnętrznem tego lub owego gruczołu, czy teorya zatrucia jadami z przewodu pokarmowego, czy wreszcie przypuszczenie, że krzywica jest chorobą zakaźną, wywołaną przez pewne swoiste bakterye (Oppenheimer, Morpurgo), nie zdołają nam wytłómaczyć zjawiska, dlaczego to ewentualne działanie szkodliwe jednego z tych czynników występuje wybitniej w pewnej porze roku. To samo powiedzieć się musi o teoryi, wypowiedzianej głównie przez Hutinela, Finkelsteina, według której krzywica jest pewną wrodzoną skazą czy dystrofią (co pokrywa się do pewnego stopnia z teoryą o dziedziczności), gdyż i tu należałoby wykryć jeszcze jakiś czynnik, wywołujący bezpośrednio chorobę, a działający szczególniej w pewnych miesiącach roku.

Widzimy z powyższego, że żadne z przytoczonych powyżej zapatrywań na przyczynę krzywicy nie biegnie po linii najdonioślejszego faktu klinicznego i nie może nam też tego faktu wyjaśnić.

Zostawmy więc na chwilę na uboczu pytanie, z któregośmy wyszli, a zastanówmy się nad tem, co przyniosły nam w sprawie patogenezy krzywicy dotychczasowe, bardzo liczne badania anatomopatologiczne, rozpatrzmy krytycznie nagromadzony tutaj materyał naukowy. Dokonał tego w bardzo gruntownej i rzeczowej pracy Schmorl, a krytyka ta, oparta głównie na badaniach Pommera, doprowadziła go do zaprzeczenia wyprowadzanym z tych badań zapatrywaniom na istotę krzywicy (Kassowitza, Zieglera, Volmana i i.) Oparłszy się na pracach Pommera, twierdzi Schmorl, że »krzywica jest chorobą, w której złożenie soli w tych częściach szkieletu, które wytwarzają się w czasie trwania choroby, a które w prawidłowych warunkach kostnieją, ustaje lub jest bardzo niedokładne; dotyczy to zarówno kości, jak chrząstki, o ile ona służy do chrząstkowego rozwoju kości«. Innemi słowy w krzywicy postępuje sprawa tworzenia się kości torem do pewnego stopnia prawidłowym, a tylko tworząca się tkanka kostnawa nie posiada zdolności czynnego osadzania wapna. Zgrubienia w okolicy nasad kostnych, stwierdzane w krzywicy, nie są wywołane, w myśl tych zapatrywań, nadmiernem bujaniem tkanki, lecz mogą być wynikiem braku zagęszczenia tkanki kostnawej, lub też przyciągnięciem, jak przyjmuje Krasnogorski, większej ilości wody, lub wreszcie następstwem mechanicznego drażnienia tych miejsc przyczepami ścięgien i mięśni, któremu miękka niezwapniała tkanka się poddaje.

Widzimy z powyższego, że badania anatomopatologiczne nie wyjaśniły istoty krzywicy, a stwierdzenie tego faktu zwróciło całą sprawę na inną drogę, po której, jak się zdawało, na pewno będzie można dojść do celu, t. j. na drogę badań chemicznych nad przemianą wapna w ustroju. Dokonano więc wielu badań chemicznych nad zachowaniem się wapna w różnych warunkach, w ustroju chorym i zdrowym, wykonano w myśl różnych zapatrywań różnorodne badania doświadczalne, ale wyniki tych badań nie doprowadziły i tutaj do wyjaśnienia istoty i przyczyny krzywicy. Wiemy już dzisiaj, że przyczyna niewapnienia kości nie leży ani w braku wapna w pożywieniu, ani w zmniejszonem wchłanianiu wapna z przewodu pokarmowego, tylko najprawdopodobniej polega ona na utracie zdolności osadzania wapna krążącego we krwi przez nowowytworzoną tkankę kostną.

Tak więc, idąc drogą krytycznego rozpatrzenia dotychczasowych wyników tak anatomopatologicznych jak i chemicznych badań nad krzywicą, znaleźliśmy się w punkcie

w którym jedynie odpowiedź na pytanie, dlaczego nowowytworzona tkanka kostnawa nie wapnieje, dlaczego traci ona tę własność osadzania wapna, da nam wyjaśnienie tej choroby.

Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, musimy sobie przedewszystkiem uprzytomnić, że krzywica nie jest tylko chorobą kośćca. W przebiegu krzywicy stwierdzamy stale oprócz zmian w kościach także zmiany we krwi, w narządach krwiotwórczych, wiadomo nam również, że towarzyszą jej często objawy ze strony układu nerwowego (spazmofilia), a uprzytomnienie sobie obrazu krzywicy jako całości doprowadzi nas do wniosku, że zmiany tu spotykane wywołane być muszą zaburzeniami w bezpośredniej przemianie materyi.

Poszukując znów przyczyny tego zaburzenia, dochodzi Lehnerdt do przekonania, że przyczyna ta leży w tak zw. »domestykacyi«, t. j. w tych wszystkich nienormalnych warunkach życia, jakie stwarza cywilizacya. Autor ten szuka dowodu dla poparcia swego twierdzenia w spostrzeżeniach własnych i obcych, dokonanych na zwierzętach, trzymanych w klatkach z ograniczeniem swobodnego ruchu, na dzikich zwierzętach, przebywających w zwierzyńcach i t. d., pozostawia jednak tę sprawę nierozstrzygniętą, nieokreśla bliżej tej »domestykacyi« i żąda jeszcze dalszych doświadczeń w tym kierunku prowadzonych.

Podobne zapatrywanie wypowiada, idąc za Hansemannem, Wieland i przyjmuje, że krzywica jest chorobą człowieka kulturalnego, wywoływaną przez różne wpływy szkodliwe życia, odbiegającego od natury; przyjmując to zapatrywanie, wyraża jednak równocześnie nadzieję, że w przyszłości zdołamy zapewne pomiędzy mogącymi tu odgrywać pewną rolę czynnikami wyszukać ten, który jest istotną przyczyną krzywicy.

Niedość ścisłe określenie pojęcia domestykacyi i niemożliwość wytłomaczenia tem pojęciem opisanego na początku niniejszej pracy zjawiska, stwierdzanego codzienną obserwacyą, naprowadziły mnie na myśl zbadania doświadczalnego wpływu słońca na zachowanie się pierwiastków mineralnych w młodocianym ustroju.

»Totis corporis nihil esse utilius sale et sole«. Niedawno przez L. F. Mayera przypomniane zdanie Pliniusza rozpatrywano ostatnimi czasy bardzo szczegółowo ze względu na wpływ pewnych soli na ustrój, ich stosunek do siebie i t. d., natomiast wpływem słońca na ustrój bardzo mało się zajmowano. Prócz prac Kammera i Loeba, zajmujących się wpływem światła na ustroje zwierzęce, i to wyłącznie ze względu na mechanikę ich rozwoju, jeden tylko v. Bauer w pracy swej: »Ueber die Ausnützung strahlender Energie im intermediären Fettstoffwechsel der Garneelen«, przypisuje światłu wpływ na przyspieszenie przemiany materyi.

Chcąc więc przekonać się, czy promienie słoneczne wywierają wpływ na chemizm ustroju młodocianego, należało wykonać odpowiednie doświadczenie. Urządziłem je w następujący sposób:

D. 27. kwietnia urodziła suczka małej rasy dwoje szczeniąt; jedno większe wagi 300 gr., drugie mniejsze 250 gr. Aby z góry uwolnić nasze doświadczenie od zarzutów, postanowiliśmy wychowywać szczenię większe, silniejsze, a więc przypuszczalnie z silniejszym kośćcem, w ciemności, szczenię słabsze w słońcu. W tym celu wynosiliśmy szczenię mniejsze do ogrodu, gdzie prawie od wschodu do zachodu słońca przebywało, o ile możności wystawiane na działanie promieni słonecznych; drugie szczenię, większe, chowaliśmy w dużej (przeszło 1 metr. kw. powierzchni), dobrze wietrzonej, lecz zupełnie zaciemnionej klatce. Obydwa żywione były wyłącznie mlekiem matki. Zauważyć należy, że pies chowany w ciemności rozwijał się bardzo dobrze, stale przewyższał wagę psa chowanego w słońcu, był jednak w ruchach ociężalszy, mniej zgrabny, chód miał powolniejszy, chwiejny. Po upływie 6 tygodni przy ciągle niezmienionym trybie życia zabiliśmy oba psy. Waga psa chowanego w ciemności wynosiła 1600 gr., psa chowanego w słońcu 1200 gr. Kość psa chowanego w ciemności była na przekroju w okolicy nasad kostnych więcej przekrwioną, szpik kostny więcej unaczyniony. Badań mikroskopowych nie dokonano.

(Dok. nast.).

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell.
(Dyrektor: Prof. Dr Rosner).

Spostrzeżenia kliniczne nad odczynem Abderhaldena

podał

Dr Kazimierz Jaworski.

Od chwili ogłoszenia pierwszych publikacyi Abderhaldena o serodyagnostyce ciąży, pojawił się już szereg prac statystycznych, potwierdzających wyniki samego Abderhaldena. Przeważna część autorów tych prac posługiwała się metodą dyalizy, jako nierównie prostszą i bardziej nadającą się do celów klinicznych, niż metoda polarymetryczna, wymagająca specyalnego kosztownego przyrządu i doskonałej techniki. Wadą atoli metody dyalizowej jest ta okoliczność, że metoda ta jest tylko jakościową, a wynika to już z tego, że przepuszczalność peptonu w poszczególnych dyalizatorach jest różna. O tem poucza nas doświadczenie, że nasilenie odczynu dodatniego (natężenie fioletowego zabarwienia, jeżeli proba peptonowa była wykonana z ninhidrynu) danej surowicy w różnych dyalizatorach jest różne i waha się w dość szerokich granicach. Ale pomimo tego napozór prostą w wykonaniu próba dyalizowa wymaga zachowania całego szeregu ostrożności, których pominięcie wieść może do wręcz fałszywych wyników. Bliższych szczegółów o metodyce próby Abderhaldena podawać tutaj nie będę, gdyż podałem je w innem miejscu, zresztą są one w zasadzie zgodne z tem, o czem mówi Abderhalden. W ogólnym szkicu tylko opiszę, jakim się materyałem posługiwałem. Dyalizatory poprzednio wypróbowano co do przepuszczalności białka i peptonu i tylko tych używano do prób, które nie przepuszczały białka, natomiast były przepuszczalne dla peptonu. Łożysko przygotowywałem, trzymając się ściśle przepisu Abderhaldena, t. j. uwalniałem od błon płodowych, krajałem na drobne kawałki, wyciskałem z krwi dokładnie i następnie gotowałem w obfitej ilości wody wrzącej. Wodę zmieniano

tyle razy, aż w ostatniej próba białka lub peptonu (t. j. próba biuretowa lub ninhidrynowa) znikała. W ten sposób przygotowane łożysko przechowywałem w wodzie przekroplonej w naczyniu wyjałowionem. Przy wykonaniu próby samej wkładałem do dyalizatora 1 gram rozskubanego na drobne cząsteczki łożyska, przygotowanego w sposób wyżej podany, i 2—3 cm^3 surowicy badanej, wolnej od krwinek i hemoglobiny.

Dyalizator taki wstawiałem do naczynka szklannego z 15 cm^3 wody przekroplonej; na powierzchnię wody i surowicy puszczałem kilka kropli toluolu i mniej więcej po 20 godzinach trzymania tak nastawionej próby w cieplarce przy 37^0 C szukałem peptonu w dyalizacie zapomocą próby z ninhidrynem.

Ponieważ głównym celem niniejszej pracy jest dokładniejsze zastanowienie się nad wynikami próby Abderhaldena w przypadkach ciąży patologicznej, głównie zaś ciąży zewnątrzmacicznej, przeto w krótkości tylko streszczę wyniki, otrzymane przy ciąży prawidłowej.

W przypadkach ciąży prawidłowej próba Abderhaldena wypadała zawsze dodatnio; tyczy to się tak ciąży późnej, jak i wczesnej (wcześniejszej ciąży niż 2-miesięczna nie badałem). Naturalnie odczyn barwny z ninhidrynem występował w rozmaitym stopniu, co jest zupełnie zrozumiałe wobec różnej wartości dyalizatorów, w każdym jednak razie zawsze wyraźnie fioletowo. Szczególnego nasilenia odczynu we wczesnych lub późnych miesiącach ciąży nie spostrzegałem.

W połogu odczyn utrzymuje się do 14 dni, po tym czasie znika. Wszystkie surowice kontrolne dawały wynik ujemny, o ile były zachowane wszystkie ostrożności; zrobiłem tych badań około 27. We wszystkich trzech badanych przypadkach wymiotów niepowściągłych otrzymałem wynik próby słabo dodatni (zaledwie odcień fioletowy).

Powtórnie wykonana próba z temiż surowicami, i to naraz w 2—3 dyalizatorach, dała wyniki identyczne, zawsze słabe odczyny. Takie same, słabo dodatnie wyniki otrzymałem w dwóch przypadkach rzucawki. Jeżeli teraz uwzględnimy podobne spostrzeżenia, otrzymane przez Henkla [1]) w rzucawce i w wymiotach niepowściągłych, to zdaje się, że wyniki takie nie są zależne od własności dyalizatorów, używanych w tych przypadkach, ale raczej są zależne od własności samej surowicy. Być może, że w przypadkach wymiotów niepowściągłych i rzucawki ustrój matki nie wytwarza w dostatecznej ilości fermentów ochronnych i może dlatego powstają zaburzenia charakterystyczne przy tych schorzeniach, ale możliwą jest i druga alternatywa, że chociaż ustrój wytwarza fermenty w dostatecznej ilości, jednakże te rozszczepiają białko, dostające się z łożyska do krążenia matki, w takim kierunku, że powstają produkty, które są w dalszym ciągu obce dla krwi, a jako takie według teoryi Abderhaldena muszą wywołać zaburzenia w całym ustroju. W tym kierunku byłyby bardzo pożądane ilościowe badania; jedynie one mogłyby rozstrzygnąć stanowczo sprawę.

Przejdę teraz do przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, których miałem sposobność badać 5. W 2 przypadkach stwierdziłem wynik dodatni, a w 3 ujemny. Jeżeli jednak przypatrzymy się bliżej historyom tych przypadków, to otrzymane wyniki bynajmniej nie przeczą teoretycznemu założeniu Abderhaldena, ale przeciwnie, potwierdzają je.

W krótkości przytoczę tutaj historye chorób:

I. P., l. 33, przyjęta do kliniki 29. XI 1912. Ostatnia regularność pod koniec września. 25. XI wystąpiło nieznaczne plamienie, poczem chora doznała silnego bólu w boku prawym. Wystąpiło silniejsze krwawienie, trwające do 28. XI. W zatoce Douglasa i bocznych sklepieniach stwierdzono opór ciastowaty, w jamie zaś brzusznej płyn wolny. Przy zabiegu operacyjnym 29. XI stwierdzono ciążę jajowodową prawostronną, jajowód rozdęty, wypełniony skrzepami. Próba Abderhaldena, wykonana w dzień przyjęcia do kliniki, dała wynik dodatni. Przypadek ten klinicznie przedstawiał się dość jasno, dodatni wynik próby potwierdził rozpoznanie.

II. W., lat 35, przyjęta do kliniki 16. I. Chora podaje, że ostatnia regularność była 5. stycznia 1913. Nudności i wymioty od trzech miesięcy. 26. XII 1912 dostała nagle silnych bolów w okolicy kątnicy. Po 3 dniach bóle się powtórzyły. Wielkość macicy prawidłowa, błona śluzowa pochwy różowa, wydzielina krwawo-śluzowa. W zatoce pęcherzowomacicznej czuje się guz mały, miękki, kształtu podłużnego, bolesny, nieruchomy, jakby stojący w związku z macicą. 18. I. wykonano próbę Abderhaldena z wynikiem dodatnim. 23. I. Laparotomia. W jamie brzusznej częściowo świeża, częściowo stara krew. Jajowód ciężarny o ścianach zgrubiałych, wypełniony skrzepłą krwią. W jajowodzie znaleziono świeże jaje płodowe. W rozpoznaniu różniczkowem mogły wchodzić w rachubę dwie sprawy chorobowe: ciąża jajowodowa i zapalenie jajowodu.

III. Z., l. 21, dzień przyjęcia 23. I. Ostatnia regularność w końcu listopada 1912. 1. I. 1913 zaczęła chora krwawić, krwotok trwał 6 dni. Bóle w brzuchu i krzyżach trwają od 3 lat. Sutki zawierają mleko. Błona śluzowa pochwy różowa, macica wielkości prawidłowej, ruchoma, kształtu gruszkowatego. Po stronie lewej przez boczne sklepienie wyczuwa się guz kulisty, miękki, bolesny, stojący w związku z macicą, nieruchomy. Leukocytoza 7.800. 24. I. próba Abderhaldena ujemna, rozpoznanie waha się między torbielą śródwięzadłową lewostronną i ciążą zewnątrzmaciczną. 25. I. Laparotomia. W jamie brzusznej nieznaczna ilość krwi ciemnej płynnej. Jajowód lewy rozdęty, wypełniony skrzepłą krwią, o ścianach grubych. Badanie mikroskopowe jajowodu nie wykazało kosmków.

IV. D., lat 41, przyjęta 30. XI. 1912. Ostatnia regularność 10. X. 1912. Przez 3 dni krew odchodziła w skąpej ilości. 4. i 5. dnia chora nie krwawiła, miała tylko silne boleści, później krew się pokazała i odtąd krwawienia i bóle powtarzają się. Błona śluzowa pochwy blada, wydzielina krwawośluzowa, macica powiększona, nieruchoma, twarda, niebolesna. Nad spojeniem łonowem wyczuwa się guz wielkości dużej pięści o powierzchni nierównej, guzowatej. Badaniem przez pochwę stwierdza się, że guz ten wypełnia sklepienia, a głównie zdaje się być rozwiniętym ku tyłowi. Jajowody niebadalne. 2. XII 1912 próba Abderhaldena ujemna. 5. XII operacya, przy której okazało się, że po stronie prawej znajduje się guz wielkości głowy noworodka, zrosły z otoczeniem. Guz ten zdaje się wychodzić z jajowodu prawego. Przy uwalnianiu ze zrostów guz się naddarł, a z niego zaczęła się wydobywać płynna stara krew z licznymi skrzepami.

V. T., lat 20, przyjęta 1. II. 1913. Ostatnia regularność 13. I. Przed tygodniem pojawił się silny ból w dole brzucha w okolicy talerza biodrowego prawego. Na drugi dzień pojawiły się wymioty i krwawienie z pochwy, utrzymujące się do obecnej chwili. Błona śluzowa pochwy blada, macica kulista, powiększona i tkliwa. Przez wypuklone sklepienie prawe można wyczuć guz miękki, pozostający w związku z prawym rogiem macicy. 3. II. próba Abder-

[1]) Arch. f. Gyn. B. 99. I. Heft.

haldena ujemna. 4. II Laparotomia. Znaleziono krwiak pozamaciczny, leżący po stronie prawej, jajowód wzdęty i zgrubiały, koniec jajowodu leży w krwiaku. W jednem miejscu wśród mas krwi skrzep zbity, zmiażdżone jaje płodowe.

Aczkolwiek liczba przypadków ciąży zewnątrzmacicznej, przedstawionych tutaj, jest mała, jednakże można z nich wysnuć pewne wnioski i wytłómaczyć sobie różny wynik odczynu, wychodząc z tego założenia, że odczyn ten ma występować wtedy dodatnio, kiedy płód ew. jego ektoderma znajduje się w żywym związku z matką, ujemnie, gdy upłynął pewien czas, kiedy ten związek został rozerwany, czas, który w prawidłowym połogu wynosi 2 tygodnie. W przypadku pierwszym mamy ciążę zewnątrzmaciczną w II miesiącu. Z historyi przebiegu ciąży możemy wywnioskować, że jeżeli jaje płodowe zupełnie się odkleiło, to najwcześniej to mogło wystąpić 25. IX, t. j. wtedy, kiedy pojawił się silny ból i krwawienie. W cztery dni później wykonana próba, analogicznie do zachowania się jej w połogu, powinna być dodatnią, co też było rzeczywiście. Wynik dodatni w przypadku II tłómaczy się prościej, gdyż tutaj znaleziono w jajowodzie świeże jaje płodowe. Wyniki ujemne w ostatnich przypadkach tłómaczę sobie tak; w III i IV przypadku odklejenie się jaja płodowego nastąpiło dawno, wnosić o tem można już z obrazu anatomicznego, znalezionego przy laparotomii, a poniekąd z pewnem prawdopodobieństwem i z wywiadów. Zresztą dokładny rozbiór histologiczny jajowodu z przypadku III, któryby jeszcze może nasuwał wątpliwości, nie wykrył żadnych śladów kosmków. Najmniej może przejrzysty jest przypadek ostatni, gdzie aczkolwiek znaleziono odklejone i zmiażdżone jaje płodowe, jednakże termin dwutygodniowy, po jakim zwykła znikać próba, nie upłynął. Chodzi tutaj o kilka dni, a wahania w takiej mierze są możliwe. Należałoby się może zwrócić do połogu po ciąży prawidłowej i ustalić największą i najmniejszą liczbę dni po porodzie, kiedy odczyn Abderhaldena jeszcze istnieje. Jeżeli do wymienionych 5 przypadków dołączę analogiczne 2, przedstawione przez Meyera we Frankfurcie (jeden z wynikiem ujemnym, drugi dodatnim) na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego, to przemawiają one tylko za prawdziwością moich nielicznych zresztą spostrzeżeń. Tego rodzaju wyniki podnoszą wartość teoretycznego założenia Abderhaldena, że ustrój matki dopóty oddziaływa przez wytwarzanie fermentów ochronnych, dopóki istnieje bodziec ku temu, t. j. dopóki dostają się do krążenia matki z łożyska substancye białkowe, które są dla krwi matki obce. Z chwilą, gdy płód, ew. jego ektoderma, straci żywą łączność z ustrojem matki, ustrój przestaje wytwarzać fermenty ochronne, a już wytworzone — po pewnym czasie znikają.

JW. Panu Prof. Nowakowi dziękuję za łaskawe pozwolenie korzystania z pracowni zakładu weterynaryi.

Sprostowania do artykułu Dr Szymanowskiego i Jaworskiego w Nrze 20 »Przeglądu lekarskiego«:

str. 296. II. szp. w. 10 od dołu zamiast »ujemny« — »słabo dodatni«.

str. 297 w tablicy:

przy Nr 39	zamiast	30. II.	—	3. II.
» » 40	»	22. II. 12	—	22. II. 13.
» » 47	»	30. II.	—	3. II.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Adam Wrzosek: **Propedeutyka lekarska.** (Wydana z zapomogi Kasy im. Mianowskiego). Warszawa 1913, str. 220. Cena rb. 1.

Lepiej i wyraziściej, niżby zdołało pióro sprawozdawcy, charakteryzuje sam autor szczególny nastrój swego dzieła, poświęcając je »pamięci Tytusa Chałubińskiego, Józefa Mianowskiego i Wiktora Szokalskiego w pięćdziesiątą rocznicę założenia Szkoły Głównej Warszawskiej«. Czytając książkę Wrzoska, odczuwa się przy każdej niemal karcie, że częste wśród zwrotów do historyi medycyny szczegóły z naszej przeszłości płyną w tej książce nietylko w świadomym celu dydaktycznym, ale również z głębi uczucia. Książka jest przepojona umiłowaniem naszego dorobku kulturalnego, czcią i wdzięcznością dla tych, którzy wiedzę i pracę lekarzy wiedli u nas w górne szlaki pod hasłem obowiązku względem ojczyzny. To też zupełnie się nie dziwię zainteresowaniu się słuchaczy wykładami, z których książka powstała, o czem autor w przedmowie wspomina. Musiał słuchaczy zajmować nietylko przedmiot, sam przez się dla rozpoczynających studya ciekawy, ale też pewno i duch, wiejący z wykładów, poruszał niejedną strunę we wrażliwej duszy młodzieńczej.

Rzecz swoją, zachowując formę wykładu, ujął autor w dwanaście rozdziałów, z których osiem środkowych rozpatruje treść, granice i sposób uczenia się poszczególnych przedmiotów, składających się na studyum lekarskie, a dwa pierwsze i dwa końcowe rozdziały poświęcone są rozpatrzeniu przymiotów, jakie powinien w sobie wyrobić adept medycyny, aby zostać dobrym lekarzem. Dwie mi tutaj nasuwają się uwagi. Porządek i sposób nauczania różnych gałęzi nauk wstępnych i lekarskich przedstawia autor przeważnie tak, jak się one ukształtowały na wszechnicach krakowskiej i lwowskiej, co oczywiście stąd poszło, że wykłady, z których książka powstała, wygłaszane były w Krakowie i krakowską młodzież uniwersytecką musiały mieć przedewszystkiem na oku. Wprawdzie nie brak w wielu miejscach wzmianek, jak było na innych naszych wszechnicach, jakoteż, jak są urządzone studya na wszechnicach zagranicznych; jednakże autor mówi o tem niejako mimochodem, a gdy zwraca się do historyi, nigdzie nie daje takiego całkowitego poglądu na dzieje innych naszych, niestety już — prócz lwowskiej — nie istniejących wszechnic, jak przytoczony w rozdziale pierwszym zarys dziejów wszechnicy Jagiellońskiej. Nie zmniejsza to w niczem wartości książki i uwaga ta nie jest zarzutem; jest ona tylko wyrazem pragnienia, aby książka ta w przyszłych wydaniach stać się mogła dla każdego Polaka, gdziekolwiek los zdarzy mu rozpoczynać studya lekarskie, przyjacielem i przewodnikiem tak wiernym, jak dla młodzieży, mogącej uczyć się medycyny w obu polskich uniwersytetach.

Druga uwaga nasuwa się co do układu dzieła. Oto czytając oba końcowe rozdziały, przedstawiające ideał, do którego młodzież lekarska zmierzać powinna, mimowolnie wraca się myślą do tych ustępów rozdziału pierwszego, które mówią o zadaniach polskiej młodzieży uniwersyteckiej, i do rozdziału drugiego, kreślącego obraz dobrego lekarza. Radzibyśmy, przebiegnąwszy z autorem drogę obowiązków studenckich, znowu czytać piękne karty o obowiązkach tych, co już studya ukończyli i rozpoczęli służbę dla cierpiącej ludzkości. Z tego wrażenia wnosićby można, że obraz owego ideału lekarza prosi się jakby sam o to, by zamy-

kał dzieło, by czytelnik z tym obrazem przed oczyma książkę kończył. Obraz ten dla swej wyrazistości i pełni godzien przytoczenia: »O lekarzu, posiadającym czułe serce na niedolę bliźniego; gotowym zawsze poświęcać się dla cierpiącej ludzkości; dobrze wychowanym; posiadającym talent lekarski, dobrą pamięć, dar spostrzegawczy i zdolności umysłowe; należycie wykształconym tak pod względem medycznym, jak i ogólnym; czuwającym nad zdrowiem oraz wychowaniem fizycznem dzieci i młodzieży; pracującym na rozmaitych polach działalności społecznej; posiadającym dobre zdrowie, czysty charakter i usposobienie pogodne; nie oddającym się żadnemu złemu nałogowi; nie szukającym taniego rozgłosu drogą reklamy; obdarzonym umysłem, do ciągłego doskonalenia się zdolnym, żądnym wiedzy i wzbogacającym nią bezustannie swój umysł; starającym się wedle sił i możności przyczyniać się do rozwoju medycyny; — o lekarzu takim można powiedzieć: oto lekarz! Oto ideał dobrego lekarza, ideał, do którego nam dążyć należy, choćby droga do tego ideału samymi kamieniami była usłana. Dla tego zaś, kto zbliżyć się do tego ideału potrafi, największą nagrodą będzie zadowolenie wewnętrzne, że życie jego całe było czynem obywatelskim, na ołtarzu wspólnego dobra złożonym: »homo non sibi natus, sed patriae«. A gdy znaczna część lekarzy zbliży się do tego ideału, który stworzyły liczne pokolenia ludzi myślących i szczerze ludzkość kochających, wtedy spełnią się słowa znakomitego angielskiego męża stanu Gladstone'a, który wyrzekł, iż lekarze staną się przewodnikami narodów«.

Przytoczony ustęp daje, podobnie jak wiele innych w tem dziele, miarę poziomu etycznego, na który autor czytelnika prowadzi, i zapału, jakim dla przedmiotu swych wykładów jest przejęty. Ustęp ten wystarczające też daje wyobrażenie o sposobie pisania autora: językiem nieskalanej czystości, w zdaniach nieraz, zda się, na polszczyznie złotego wieku wzorowanych, przemawia autor jasno i wyraziście, wysławiając się ze spokojną i szlachetną prostotą. Znać, że autor dba o język ojczysty, jak mało kto w naszem piśmiennictwie lekarskiem.

Nie będę tutaj streszczać poszczególnych rozdziałów książki Wrzoska, która zasługuje na to, aby ją całą czytał nietylko każdy słuchacz medycyny, ale i każdy polski lekarz; napewno tego nie pożałuje. Znajdzie w tej książce niejedną podnietę do myślenia, znajdzie w niej atmosferę spokoju, równowagi, która tem jest dziś cenniejsza, im rzadsza, spojrzy z autorem nieraz na kłębiącą się gorączkowo współczesność »sub specie aeternitatis«, a orzeźwi się szczerą i głęboką wiarą autora w niespożytość ideału dobra i prawdy.

Książkę Wrzoska zaliczyłbym do tych, o których mówi się: »to dobra książka«. Ciechanowski.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Klejn: **O wpływie leczniczym benzolu na sprawy białaczkowe.** (Gaz. lek. 1913, Nr 11). Pierwszy Koranyi wpadł na pomysł stosowania benzolu w białaczce. W sprawie tej mało dotychczas ogłoszono spostrzeżeń. Autor na podstawie własnych spostrzeżeń wyraża zdanie, że leczenie wyłącznie benzolem wywiera niewątpliwie wpływ pomyślny głównie na śledzionę, która się zmniejsza pod wpływem tego środka, oraz na obraz krwi chorych, zmniejszając liczbę leukocytów. Nie należy jednak uważać benzolu za środek niezawodny przeciw białaczce. Znacznie lepsze wyniki daje leczenie benzolem, kombinowane z naświetlaniem promieniami Roentgena. Śledziona, gruczoły i wątroba znacznie się zmniejszają, ilość leukocytów wraca do stanu prawidłowego. Zdaniem K. benzol jest środkiem znakomicie wzmacniającym i przedłużającym pomyślne działanie promieni Roentgena. Następuje też poprawa w stanie podmiotowym chorego, a więc wzmożenie łaknienia, sił, poprawa humoru. Gorączka, jeśli była, znika. Niedokrwistość, która zawsze towarzyszy białaczce, ulega znacznej poprawie, zwłaszcza przy leczeniu skombinowanem. K. podawał benzol zawsze z równą ilością oliwy w kapsułkach żelatynowych po 0,5 na dawkę kilka razy dnia, w lżejszych przypadkach po 0,3 na dawkę. Dla uniknięcia częstego odbijania, palenia w przełyku stosował K. kapsułki geloduratowe Pohla, albo wreszcie wstrzykiwał benzol podskórnie zwykle też razem z oliwą, bo czysty benzol wywołuje silny ból piekący, trwający nawet kilka dni. H. S.

Januschke: **W sprawie fizycznochemicznego działania bromu w organizmie.** (Wien. med. Woch. 1913, Nr 14). Na podstawie doświadczeń na świnkach morskich oraz późniejszych swoich spostrzeżeń klinicznych doszedł autor do następujących wniosków: 1) Zależnie od sposobu podawania bromku sodu, a więc w większych dawkach podskórnie, czy też wielokrotnych, małych wewnętrznie, otrzymuje się działanie na układ nerwowy jonów bromku lub też wyparcie z ustroju chlorków. Każdy z tych czynników wywiera działanie na inne ośrodki nerwowe. 2) Istnieją przypadki wyleczenia padaczki u ludzi działaniem jonów bromku, a nie wyparciem chlorku. 3) Przez odciągnięcie częściowe substancyi ważnych dla życia komórki, jak jonów wapnia, chloru lub lipoidów, można zwiększyć wrażliwość układu nerwowego na działanie bromu. 4) Jedynie bromek sodu nadaje się do zastosowania w celu obserwacyi działania bromu w ustroju, zupełnie zaś nieużyteczne do tego są wszelkie inne sole bromowe, jakoteż organiczne połączenia bromu. H. S.

Max Herz: **Leczenie naparstnicą.** (Med. Klinik. Nr 11. 1912). Ze względu na to, że często doświadczony nawet lekarz może się znaleść wobec alternatywy: podać naparstnicę, czy nie, stara się autor ująć pewne wytyczne wskazań do podawania tego tak bardzo używanego środka. Wytyczne te można tylko wysnuć z farmakologicznego i fizyologicznego działania naparstnicy. Wpływa ona przedewszystkiem na wydatność skurczu serca, ale nie w tem znaczeniu, iżby wzmacniała mięsień sercowy, lecz pobudza serce do lepszego zużytkowania siły mięśniowej. Przez wydatniejszy skurcz serca prąd krwi staje się bardziej wartkim, wskutek czego i ciśnienie krwi się podnosi; pośrednio skutek zaznacza się także i na rozkurczu, którego czas przedłuża się, serce zatem lepiej wypełnia się krwią. Dalsze działanie naparstnicy (podawanej w dawkach leczniczych) objawia się zwolnieniem tętna; niemiarowość jednak, o ile przedtem była i o ile pochodziła od zaburzeń zdolności przewodnictwa bodźców skurczowych, pozostaje i nadal i byłoby błędem starać się wpływać na nią zapomocą naparstnicy. Według bowiem dzisiejszych poglądów, warunkiem podawania naparstnicy jest, aby drogi przewodzące bodźce skurczowe w mięśniu sercowym były nienaruszone. Naparstnica (w dawkach leczniczych) nie działa jednako na wszystkie naczynia krwionośne, i tak: zwęża naczynia brzuszne, a rozszerza naczynia nerkowe. Pamiętając o tych zasadach, można wytknąć pewne główne wskazania do podawania naparstnicy. Należy ją zawsze podać wtedy, jeśli praca mięśniowa serca zaczyna nie dopisywać, jeśli serce nie może korzystać z pełni swej siły mięśniowej. Bezcelowem natomiast i poniekąd szkodliwem jest podawanie naparstnicy wyłącznie z powodu stwierdzenia zmian anatomicznych w sercu; należy wytępić przesąd, że naparstnica wzmacnia chore serce. Również podmiotowe skargi chorego na serce nie mogą być wskazaniem do podawania naparstnicy; nigdy bowiem nie wolno lekarzowi zapomnieć o tem, że prawie każdy sercowo chory, z powodu swej choroby, staje się neurastenikiem i wiele z jego przypadłości trzeba

odnieść do stanu nerwowego, a niewczesne podawanie naparstnicy wpływa niekorzystnie i na jego stan nerwowy (sercowo chory zna ten środek) i czyni serce chorego mniej wrażliwem na naparstnicę, co się da we znaki dopiero wtedy, gdy zajdzie prawdziwe wskazanie do podawania tego środka. Przyspieszenie ruchów serca nie powinno być również wskazaniem do podawania naparstnicy, mimo zasady, że naparstnica zwalnia tętno; odwrotnie zwolnienie tętna niezawsze jest przeciwwskazaniem do podawania naparstnicy; w jednym i drugim przypadku nie należy się kierować samymi objawami, lecz wyłącznie faktem, czy w tym przypadku zachodzi zaburzenie w krążeniu i rozmieszczeniu krwi. Ta zasada powinna być również myślą przewodnią przy ocenieniu rozmaitych niemiarowości. Tu autor rozbiera rozmaite rodzaje niemiarowości, zwłaszcza zaś te, które nie są pochodzenia sercowego i podkreśla krzywdę, jakąby się choremu wyrządziło, gdyby wyłącznie z powodu niemiarowości tętna podawano naparstnicę. Wreszcie wyłuszcza autor obszernie, jak trzeba postąpić w tych przypadkach, gdzie jest wskazanie do naparstnicy, a naparstnica zawodzi. Glassner.

Saathoff: **Schorzenie gruczołu tarczowego i gruźlica.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 5). Na podstawie licznych spostrzeżeń wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Gruźlica odgrywa ważną rolę w schorzeniach gruczołu tarczowego, nie wyłączając choroby Basedowa. 2) Zwykle chodzi tu o początki gruźlicy z łagodnym przebiegiem, ciężkie zaś, postępujące postacie rzadko kiedy wikłają się objawami schorzenia tarczycy. 3) Samo schorzenie tarczycy nie wywołuje podwyższenia ciepłoty, które należy zawsze odnieść do towarzyszącej jednocześnie gruźlicy. 4) Należy każdy przypadek podejrzany co do schorzenia tarczycy badać równocześnie co do gruźlicy, a w razie dodatniego wyniku badania zastosować w pierwszym rzędzie leczenie przeciwgruźlicze; tylko w ciężkich i uporczywych przypadkach wskazany jest zabieg operacyjny. H. S.

Staübli: **W sprawie znajomości i leczenia dychawicy.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 3). Powstawanie dychawicy oskrzelowej tłomaczy autor w sposób następujący. U chorych na dychawicę spotyka się schorzenie ustroju, zwykle już dziedziczne, które polega na przeczuleniu ośrodków nerwowych, zaopatrujących mięśnie i błonę śluzową oskrzeli i stojących w ścisłym stosunku do całej czynności oddychania. Pod wpływem różnych czynników, a więc odruchowego podrażnienia ze strony przewodu oddechowego lub pokarmowego, narządu rodnego, skóry, wreszcie pod wpływem pobudzenia psychicznego, powstaje zwężenie oskrzeli przez ich skurcz lub wskutek wzmożonego wydzielania pod wpływym zaburzeń naczynioruchowych, a stąd utrudnione wydalanie powietrza z pęcherzyków płucnych. Wynikiem tego jest zmniejszona pojemność życiowa płuc kosztem powietrza dopełniającego, zwiększa się zaś ilość powietrza zalegającego. Zmiany te wywołują zwiększoną potrzebę przewietrzania płuc. Z zabiegów leczniczych poleca S. zmianę pobytu, a więc wyjazd w góry, oddziaływanie psychiczne, odsuwanie czynników szkodliwych, wreszcie wdychiwanie rozpylonych płynów, zawierających adrenalinę, przyczem należy uważać, aby wydechy były jak najsilniejsze. Przy ciężkich napadach dychawicy poleca autor do wziewań płyn następujący: »Rp. Adrenalini 1:1000 9,0 cm³, Solutio: atropini sulfur. 0,1, cocaini mur. 0,25, aquae destill. 10,0 — 1,0 cm«. Przy słabych napadach dychawicy poleca S. rozczyn samej adrenaliny 1:1000. H. S.

Brotzen. **Ssąca maska Kuhna.** (Beitr. zur Klin. der Tuberkulose, XXV. 3). Maskę stosuje B. w ten sposób, że najpierw zakłada ją trzy razy dnia na kwadrans, po 5 dniach na pół godziny, potem $^3/_4$ godziny aż do godziny. Z początku chorzy skarżą się na brak powietrza, bóle w szyi i skroniach, co trwa około 4 dni. Maska Kuhna wzmacnia mięśnie oddechowe, kaszel się zmniejsza, prątki znikają, apetyt wraca. W cięższych przypadkach skutków się nie spostrzega, a wystąpić mogą przy tem leczeniu krwotoki. Dobre wyniki spostrzegano także przy cierpieniach oskrzeli, opłucnej i w dychawicy. A.

Hildebrand: **Leczenie przeciw glistnicy robaczkowej.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 3). Autor uważa za jedynie racyonalne i pewne postępowanie — zachowywanie jak największej czystości w okolicy ujścia odbytu oraz nacierania mydłem, w którego skład wchodzi kamfora, chinina i tymol. Mydło to zabija zarodki glistnicy, a przestrzegana czystość zapobiega łatwemu nowemu zakażeniu. H. S.

Pedyatrya.

C. Beck. **Leczenie gruźlicy dziecięcej tuberkuliną Rosenbacha.** (Zeitschrift f. Kinderheilk. B. VI. H 5 i 6). Tuberkulina Rosenbacha jest 100 razy mniej trującą od tuberkuliny starej Kocha. Otrzymuje się ją przez hodowanie grzybka »Trichophyton holosericum album« na 6—8-tygodniowej hodowli prątka gruźliczego. Działanie tego grzybka ma zmniejszać znacznie toksyczność łatwiej rozpadających się jadów hodowli prątkow gruźliczych. Jady zaś stalsze, które dają odporność, nie ulegają zupełnie naruszeniu. Jadowitość tej tuberkuliny jest małą, dawka śmiertelna jest wyższą niż 2,50 cm³ na kilogram wagi zwierzęcia. Beck leczył tą tukerkuliną 30 dzieci, z tego 23 w szpitalu, 7 ambulatoryjnie. Najmłodsze z leczonych dzieci miało $^1/_2$ roku, najstarsze $14^1/_2$ l. U wszystkich prawie dzieci były gruczoły okołooskrzelowe zajęte, co stwierdzono promieniami Roentgena. Z tych 30 dzieci, 10 cierpiało na gruźlicę płuc, 1 na zapalenie wysiękowe opłucnej, 3 na gruźlicze zapalenie otrzewnej, 1 na gruźlicę jelit, 9 na gruźlicę gruczołów, 5 na gruźlicę kości, 4 na przewlekłe zapalenie ucha środkowego, 2 na gruźlicę części miękkich, 5 na gruźlicę skóry. Z tego 7 dzieci okazywało schorzenia wielorakie (równoczesne zajęcie kości, gruczołów, skóry i t. p.) Próba Pirqueta u wszystkich dzieci dodatnia. Tuberkulinę wstrzykiwał B. podskórnie, zaczynając zrazu od 0,01 cm³, później od 0,1³ i podwyższając dawkę za każdym razem o $^1/_{10}$ cm³, co drugi dzień, aż osiągnął dawkę 1 cm³. Gdy doszedł do 1 cm³, to wstrzykiwał tę dawkę przez 1 miesiąc 2 razy tygodniowo, a potem jeszcze przez miesiąc raz tygodniowo. Całe więc leczenie trwa około 3 miesięcy. W przypadkach z większemi wzniesieniami ciepłoty początkowo wstrzykiwał B. 1—2 razy tygodniowo. Jeżeli okazała się potrzeba, to w uporczywych cierpieniach wstrzykiwał $^1/_2$ roku i dłużej po 1 cm³ tygodniowo. Objawów silniejszego odczynu ogólnego nie było, wzniesienia ciepłoty zwykle nieznaczne, choć czasem dochodziły i do 2⁰, ropnie nigdy nie powstawały. Odczyny ogniskowe występowały np. przy gruźlicy płuc: silniejszy kaszel, zwiększenie się rzężeń w części płuc schorzałej; objawy te jednak ustępowały, przy powtórnem wstrzyknięciu występowały już słabiej, a potem zupełnie znikały. Przy wysiękach opłucnej i otrzewnej płyn szybko się wchłaniał, a guzy sieci i otrzewnej i gruczoły krezkowe malały. Gruczoły nie zserowaciałe początkowo brzękły, potem zmniejszały się. W gruźlicy skóry również wyniki były dobre. Stan ogólny chorych polepszał się, apetyt wracał, waga wzrastała. U pewnej części dzieci po przeprowadzonem leczeniu próba Pirqueta wypadła ujemnie. Oczywiście leczenie tuberkuliną Rosenbacha trzeba powtarzać, bo odporność trwa tylko przez ograniczony przeciąg czasu. Z załączonych historyi chorób widać rzeczywiście potwierdzenie dobrych wyników. W jednym tylko przypadku, dotyczącym rocznego dziecka, ze zmianami w płucach i gruźlicą części miękkich, leczenie nie odniosło skutku, a dziecko zmarło. Dadej.

A. Velebil. **Zapalenie sromu i pochwy u dzieci.** (Časopis lékařův českých 1912 Nr 7). Na 1934 dziewcząt z ambulatoryum czeskiej kliniki pedyatrycznej Prof. Pesiny dotkniętych było tą chorobą 28. U 23 z nich sprawa polegała na zakażeniu gonokokami Neussera, których nie

stwierdzono tylko w pozostałych pięciu przypadkach. Z nich w jednym była przyczyną cierpienia glistnica (oxyuris vermicularis), drugi towarzyszył kłykcinom kiłowym, a trzy inne dotyczyły dziewcząt w wieku 10—13 lat, u których w wywiadach stwierdzono masturbacyę. Źródłem zakażenia jest najczęściej zakażone otoczenie (matka), zwłaszcza u dzieci najmłodszych; rzadziej zachodzi samozakażenie (ophthalmoblenorrhoea, stuprum). Co do wieku, to z 23 chorych tryprowych 16 nie miało lat pięciu; siedem było w wieku od 7—12. We wszystkich 23 przypadkach zajęta była cewka moczowa; autor dość sceptycznie wyraża się o możliwości pierwotnego zajęcia pochwy i sromu, a co do pierwotnego zajęcia szyjki macicznej brak mu własnego doświadczenia. Kłykcin kończystych nie stwierdził autor w żadnym z badanych przypadków. Czas trwania choroby jest dość długi — dochodzi szeregu miesięcy. Leczenie w przypadkach ostrych polegało na zastosowaniu spokoju (łóżko), częstem zmywaniu części płciowych rozczynem nadmanganianu potasu, ewentualnie przy silnem zajęciu zewnętrznych części płciowych dawano okłady z 1—3% rozczynu resorcyny. Po upłynięciu okresu ostrego podrażnienia używał autor głównie protargolu. M.

Doc. D. Panýrek. **Częstość chorób zakaźnych w wieku przedszkolnym.** (Časopis lékařův českých 1913 Nr 11). W 4 szkołach w pierwszych klasach było dzieci 125. Z tych nie przeszło dotąd żadnej choroby zakaźnej 55; przeszło zakażenie 70 dzieci (56%), a mianowicie: odrę 49 (39,2%), płonicę 18 (14,4%), błonicę 9 (7,2%), ospę wietrzną 14 (11,2%), zapalenie ślinianek 7 (5,6%), krztusiec 9 (7,2%). Zatem więcej niż połowa przechodzi choroby zakaźne jeszcze w wieku przedszkolnym. Dwie choroby przeszło 19 dzieci (15,2%), trzy 7 dzieci (5,6%), cztery dwoje dzieci (1,6%). M.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Schumacher. **Sześć klasycznych przypadków zatrucia kiełbasianego (botulismus).** (Münch. med. Wochenschrift 1913 Nr 3). Autor opisuje przebieg choroby po zjedzeniu nieświeżej szynki, u 6 osób, z klasycznymi dla zatrucia kiełbasianego objawami, wynik sekcyi, tudzież bakteryologiczne wykazanie prątka (bacillus botulinus), odkrytego w 1897 przez Ermenghema. We wszystkich przypadkach po wystąpieniu z początku zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, nudności, wymiotów, bólów brzucha i zawrotu, dołączyły się i utrzymywały się na pierwszym planie objawy nerwowe: rozszerzenie źrenic (mydriasis), podwójne widzenie, opadnięcie powiek, porażenie akomodacyi, trudność połykania, zatrzymanie stolca i moczu przy niepodwyższonej ciepłocie ciała i prawidłowem tętnie. Sekcya wykazała silne przekrwienie narządów wewnętrznych, zwłaszcza mózgu, wątroby i śledziony, punktowate wybroczyny w żołądku, płynność i ciemne zabarwienie krwi, powiększenie ilości płynu w workach opłucnych, osierdnym i komórkach mózgowych, a przedewszystkiem silny obrzęk płuc. 14 świnek morskich, zaszczepionych przesączem z szynki, padło wśród charakterystycznych objawów, sporządzone zaś z szynki hodowle wykazały obecność prątka Ermenghema.

F. Olbrycht.

De Dominicis. **Nowy sposób rozpoznawania plemników w plamach.** (Archiv. internat. de méd. légal. 1912 pag. 388). Sposób ten odbywa się zawsze przy sztucznem świetle (Auer) i polega na 3 szybkich fazach: 1) barwienie w amoniakalnym rozczynie czerwieni rutenowej (Rutheniumrot, Grübler), 2) działanie odczynnikiem Schweitzera, 3) rozwłóknienie w glicerynie. Do badania oddziela się 2—4 milimetrów kwadratowych splamionej tkaniny, wkłada się do nasyconego rozczynu czerwieni rutenowej w zwykłym 20% amoniaku na mniejwięcej 10 sekund, następnie do kropli odczynnika Schweitzera również na 10 sekund (poruszając w kropli zapomocą końca igły) i wreszcie rozwłóknia się zapomocą 2 igieł w kropli gliceryny na białem tle. Po przykryciu i lekkiem uciśnięciu preparatu szkiełkiem nakrywkowem ogląda go się przy 500-krotnem powiększeniu zawsze przy świetle sztucznem (Auera). Ponieważ preparat trzeba szybko przenosić, przeto należy już naprzód dać na poszczególne szkiełka przedmiotowe po kropli rozczynu amoniakalnego czerwieni rutenowej, odczynnika Schweitzera i gliceryny. Plemniki barwią się na kolor owocu granatu, czasem z połyskiem jakby krystalicznym; także i ogonki są widoczne, zaś nitki tkaniny częścią się nie barwią, częścią zaś barwią się na kolor winny. Dla uwydatnienia ogonków plemników można badaną tkaninę poddać najpierw działaniu sześciochlorku żelaza (5:30), obmyć w obfitej ilości wody i potem postępować jak wyżej. Dr T. T.

De Dominicis. **Nowy sposób barwienia erytrozyną dla rozpoznania plemników w plamach.** (Archiv. internation. de méd. légal. 1913 pag. 58). Autor zaleca zmodyfikowany przez siebie sposób (podany w 1908 roku przez Corina i Stockisa) barwienia plam nasiennych zamiast erytrozyną amoniakalną (1,0 : 200,0) — erytrozyną karbolową. Sposób ten przedstawia się w sposób następujący: Barwienie paru milimetrów kwadratowych splamionej tkaniny przez 1—2 minut w rozczynie erytrozyny w kwasie karbolowym (0,1 na 10,0 kwasu karbolowego płynnego); rozwłóknienie zapomocą dwóch cienkich igiełek na szkiełku przedmiotowem na białem tle w kropli euparalu (Grübler); następnie po przyłożeniu i lekkiem uciśnięciu szkiełka nakrywkowego ogląda się przy 500-krotnem powiększeniu zawsze przy świetle sztucznem (Auera). Główki plemników barwią się doskonale, ogonki są dość często widoczne i także zabarwione, natomiast nitki tkaniny nie barwią się wcale lub tylko nieznacznie; można także spostrzegać plemniki, nie przylegające ściśle do nitek tkaniny; w rozczynie karbolowym erytrozyny trudno się barwią inne komórki, przez co barwienie staje się bardziej swoiste. Dr T. T.

H. Welsch i A. Lecha-Marzo. **Przyczynek do mikrochemicznych odczynów nasienia.** (Arch. internat. de med. legal. 1912 str. 255). Autorowie podają najpierw wyniki swych badań nad podaną przez Bokariusa metodą wykazania nasienia zapomocą kwasu fosforowo-wolframowego. Typowych półksiężycowatych kryształów mimo obecności nasienia często nie otrzymywali, natomiast znajdowali zawsze błyszczące, podobne do pereł twory. Ponieważ podobny odczyn daje wiele ciał innych, a zwłaszcza alkaloidów, zwrócili się autorowie do metody z trójbromkiem złota, podanej przez de Dominicisa. W przeciwieństwie do samego autora tej metody wykazali, że odczyn ten występuje także bez ogrzania; należy w tym celu odczynnik przynajmniej przez kwadrans zostawić w zetknięciu z podejrzanym materyałem i dopiero, jeżeli na zimno kryształy nie występują, należy preparat ogrzać. Modyfikacya, podana przez Peseta, a polegająca na użyciu jako odczynnika zamiast trójbromku złota, który się łatwo rozkłada, nasyconych rozczynów bromku potasowego i chlorku złota, nie daje według autorów żadnych korzyści. Z rozmaitymi wyciągami narządów, podobnie jak ze śliną, krwią, moczem, wypada odczyn ujemnie (w innem jednak miejscu podają autorowie, że otrzymywali wynik dodatni odczynu z kwaśnym wyciągiem wątroby); wydzielina gruczołu krokowego daje wynik dodatni. Zamiast pierwotnie zaleconego wyciągu wodnego polecają autorowie wyciąg chloroformem przy lekkiem ogrzaniu. Odczyn nie jest bardzo ostry i czuły. Autorowie proponują najpierw w sposób zwykły wytworzyć kryształy, a następnie podpuścić kroplę 1% kwasu pikrynowego pomiędzy szkiełko przedmiotowe a nakrywkowe i jeszcze raz wykrystalizować, a wówczas stwierdzić można pomiędzy czworokątnymi kryształami, wytworzonymi przez trójbromek złota, inne podłużnawe, żółtawe lub czerwonawe, koloru granatu. Wreszcie robili autorowie próby z plwociną gruźliczą, otrzymywali jednak kryształy inne, niż de Dominicisa; także są one o wiele trwalsze, niż ostatnie, które już po podniesieniu

szkiełka nakrywkowego znikają. Plwocina osób. cierpiących na przewlekły nieżyt oskrzelowy lub zapalenie płuc, nie dawała odczynu. F. Olbrycht.

Verger. **Metoda nadwrażliwości przy wykazywaniu plam nasiennych.** (Compt. rend. de la Soc. de biol. 1911 Nr 32). Minet i Leclercq wykazali, że świnki morskie, którym wstrzyknięto nasienie mękzkie, na powtórne wstrzyknięcie odpowiadały objawami nadwrażliwości: kaszel, duszność, spadek ciepłoty, drgawki, a nawet śmierć występowała po powtórnem wstrzyknięciu mękzkiego nasienia, (najlepiej w ilości 1 cm³). Tesame świnki nie oddziaływały na wyciągi z jąder zwierząt, ani na surowicę ludzką. Jakkolwiek na Zjeździe sądowo-lekarskim francuskim zaprzeczał Balthazard z Paryża bezwzględnej swoistości przeciw innym białkom człowieka, jednakże wobec wielkiego znaczenia tej sprawy dla medycyny sądowej, postanowił Verger skontrolować technikę i doświadczenia Mineta i Leclerqua. Otóż autorowie ci polecili przygotowywać zwierzęta zapomocą wyciągu z podejrzanych plam, a po upływie 20 dni ponownie wstrzyknąć świeże ludzkie nasienie; postępowanie to, pominąwszy już trudność uzyskania na zawołanie świeżego nasienia, ma tę ujemną stronę, że badania znacznie się przedłużają. Vergel odwrócił całą rzecz. Przysposabiał on najpierw morskie świnki nasieniem świeżem i wyciągami wodnymi z plam nasiennych, nawet starych, kilka miesięcy. Wstrzykiwał 2 cm³ wodnego wyciągu z 10 cm² plam w 4—5 cm³ wody do osierdzia, otrzewnej lub śródmózgowo. W miesiąc aż do 4 miesięcy później wykonywał ponowne wstrzyknięcie w sposób, podany przez Mineta i Leclerqua. Z dziewięciu świnek dwie okazywały tylko bardzo słaby odczyn: kaszel i niepokój; trzy drgawki, spadek ciepłoty poniżej 38,0, do 2 godzin trwający upadek sił i porażenie, po upływie którego to czasu przyszły jednak do siebie; cztery natomiast świnki dostały natychmiast gwałtownych drgawek i padły w kilku minutach. W praktyce potrzeba większej ilości świnek, ponieważ tylko wynik $^2/_3$ przypadków ma znaczenie dowodowe. Verger, chcąc wydać ostateczny sąd o wartości tej metody, przeprowadza dalsze doświadczenia. F. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 26. lutego 1913 r.

Przewodniczy prezes Dr Janiszewski, sekretarz Dr Zubrzycki. Obecnych członków 45.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Członkiem Towarzystwa wybrano jednomyślnie kol. Służewskiego.

3) Kol. Dr Borzęcki przedstawia: a) chorego z rozległemi spustoszeniami w następstwie nieleczonej **trzeciorzędnej kiły.** Przypadek ten świadczy o wielkiej indolencyi otoczenia, wśród którego chory przebywał. Chory ma lat 26, wzrostem jednak i niedostatecznym rozwojem ogólnym sprawia wrażenie chłopca kilkunastoletniego. Choroba, jak objaśnia chory z wsi sąsiedniej, równocześnie na oddziale będący, miała rozpocząć się przed 15 laty. Obraz zmian następujący: Brak języczka, blizny na podniebieniu miękkiem, zniszczenie przegrody kostnej i chrząstkowej nosa, który jest siodełkowato zapadły, brak małżowiny lewej, zniszczenie powiek, częściowe zbliznowacenie z następowem ropnem zapaleniem rogówki, które doprowadziło do zniszczenia jej na obu oczach. Rozległe blizny zajmują okolicę klatki piersiowej, obu ramion aż do przegubów łokciowych, wywołując zupełne zesztywnienie obu stawów. b) Dalej przedstawia kol. Borzęcki chorego, lat 26, ze zmianami charakterystycznemi co do siedziby i obrazu klinicznego: **keratoma palmare et plantare hereditarium.** Chory podaje, że cierpienie to trwa od lat dziecięcych, a podobnem cierpieniem jest także dotknięte dwoje rodzeństwa. Leczenie w tych przypadkach bardzo małe daje wyniki.

4) Kol. Doc. Mazurkiewicz wygłosił odczyt: **W sprawie projektu ustawy o pozbawieniu własnowolności.** (W głównym zarysie rzecz ogłoszona już w »Przeglądzie lek.«)

W dyskusyi zabiera głos a) prof. Piltz, który oświadcza, że na posiedzeniu Izby lekarskiej w Krakowie sprawą projektu nowej ustawy o pozbawieniu własnowolności również się zajmowano i szeroko ją omawiano. Izba jednomyślnie postanowiła zaprotestować przeciw takiemu brzmieniu ustawy, jakie jest w projekcie. Stanowisko to uzasadnia mówca licznymi dowodami i przykładami. b) Kol. Rogalski również zwraca uwagę na konieczność zmiany projektu nowej ustawy, uważając go wprost za niewykonalny. c) Kol. Mazurkiewicz podnosi jeszcze raz wady projektu i prosi krakowskie Towarzystwo lekarskie, aby zaprotestowało przeciwko tak brzmiącemu projektowi.

Uchwalono jednomyślnie następującą rezolucyę, wniesioną przez prelegenta uzupełnioną przez kol. Rogalskiego: »Krakowskie Towarzystwo lekarskie, rozważywszy na posiedzeniu z dnia 26 II 1913 r. nowe przepisy, dotyczące dodatkowej kontroli krajowych i prywatnych zakładów dla umysłowo chorych, projektowane przez przedłożenie rządowe ustawy o pozbawieniu własnowolności, doszło do przekonania, że projektowana instytucya »mężów zaufania«, wprowadzenie obowiązkowego postępowania detencyjnego i wykluczenie lekarzy zakładowych z uczestnictwa w charakterze znawców w komisyach sądowo-lekarskich, byłyby szkodliwe dla prawidłowego rozwoju organizacyi opieki nad umysłowo chorymi. Z tego względu Krakowskie Towarzystwo lekarskie gorąco popiera wniosek ponownego odesłania projektu ustawy o pozbawieniu własnowolności do komisyi prawniczej Izby Panów w celu: 1) Odrzucenia instytucyi »mężów zaufania«; 2) przyjęcia nieobowiązkowego, ale fakultatywnego postępowania detencyjnego; w przypadkach, w których odbywać się będzie postępowanie detencyjne, nie może być ono przeprowadzone wcześniej, niż po upływie 6 do 8 tygodni od chwili przyjęcia chorego do zakładu; 3) w celu ustawodawczego stwierdzenia, iż jest pożądanem, ażeby przy postępowaniu detencyjnem i kuratelarnem jednym z dwóch znawców był ten lekarz zakładu krajowego, pod którego opieką znajduje się badany chory«.

Równocześnie uchwalono zawiadomić o tej rezolucyi odpowiednie organa rządowe.

Sekretarz: Dr J. Zubrzycki.

IV. posiedzenie naukowe lekarzy Szpitala św. Łazarza w Krakowie

z dnia 17. I. 1913.

Przewodniczy Dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 28.

1) Kol. Blay omawia **zatrucia ciążowe.** Zmiany anatomiczne, oraz objawy kliniczne, występujące podczas ciąży, są wyrazem zatrucia ustroju matki produktami przemiany materyi płodu i w większości przypadków tylko dzięki urządzeniom ochronnym ustroju nie dochodzi do groźnych zaburzeń. Jeżeli ustrój matki nie jest zdolny owych produktów toksycznych z ustroju swego wydalić, lub zmniejszyć ich toksyczności, wreszcie, gdy produkta te wytworzą się w nadmiernej ilości, to ustrój matki oddziaływa na to groźnemi zaburzeniami. Z tych zaburzeń prelegent obszernie zastanawia się nad uporczywemi wymiotami, oraz nad rzucawką porodową, omawiając istniejące zapatrywania na etyologię, obraz kliniczny, oraz leczenie tych chorób.

W dyskusyi nad referatem przemawiali Prof. Dobrowolski, Prof. Ciechanowski i Dr Markowa.

2) Kol. Dr Schwarzbart przedstawił i omówił przypadki a) **gruźlicy spojówki i rogówki,** b) **gruźlicy rogówki** i c) przypadek **łuszczki mięsistej** (pannus crassus) Sprawę leczenia tej postaci łuszczki omówił prymaryusz) Dr Witaliński.

3) Kol. Scharf przedstawił przypadek **mięsaka mózgu.** — W dyskusyi przemawiał Prof. Ciechanowski.

4) Kol. Weber przedstawił przypadek **lues gummo-tuberculosa,** leczony salwarsanem. W dyskusyi zabierali głos Dr Kostecki i Dr Krzyszkowski.

5) Kol. Potrzobowski przedstawił a) przypadek **keratoma palmare et plantare hereditarium,** leczony środkami macerującymi przybłonek i b) trzy przypadki **lichen ruber planus,** leczone salwarsanem.

6) Dr Kosiński przedstawia 2 przypadki **złamań kości ramieniowej** i wyniki leczenia zachowawczego i operacyjnego. W dyskusyi przemawiał Prof. Rutkowski.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

92. Ogólne Zebranie 22 lutego 1913

Obecnych 16 członków.

Na przewodniczącego zebrania wybrany kol. Fidler.

1) Kol. Przewodniczący odczytuje korespondencyę, wśród niej odezwę magistratu m Radomia w sprawie składki na szkoły miejskie. zależnej od lekarzy, praktykujących w Radomiu. Postanowiono rozpatrzeć na najbliższem zebraniu ogólnem.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia o projekcie wynajęcia dla Towarzystwa pomieszczenia wspólnego z prawnikami w domu p. Staniszewskiego. Postanowiono upoważnić kolegów Kondratowicza i Rakowskiego do obejrzenia tego lokalu i zdania sprawy na następnem ogólnem zebraniu.

3) Kol. Pełczyński: **O pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych na zasadzie ostatniej ustawy.**

Po wyczerpującej dyskusyi, w której brali udział koledzy: Fidler, Przychodzki, Szczepaniak i inni, z powodu spóźnionej pory zebranie zostało zamknięte.

93. Ogólne Zebranie d. 29. marca 1913.

Obecnych 18 członków i 1 gość.

Przed porządkiem dziennym kol. Raszkes przedstawia chorą z nowotworami jamy brzusznej, poczem na przewodniczącego zebrania został wybrany kol. Kosicki. Kol. Sekretarz odczytuje list Prezydenta miasta z prośbą o przyspieszenie odpowiedzi, czyby lekarze, pozostający na służbie państwowej, a skutkiem tego nie obowiązani płacić składki na szkoły miejskie, nie zechcieli dobrowolnie uczestniczyć wspólnie z lekarzami wolnopraktykującymi w zapłaceniu sumy 60 rb., nałożonej w tym roku na lekarzy, nie pozostających na służbie państwowej. Po krótkiej dyskusyi wszyscy lekarze-urzędnicy zgodzili się, ale tylko w tym roku, wziąść udział w zapłaceniu składki, a ponieważ wspólnie z lekarzami-nieurzędnikami lista płatników wzrosła do 21, więc na każdego z lekarzy wypadło zapłacić 2 rb. 86 kop. O decyzyi tej postanowiono zawiadomić prezydenta m. Radomia.

Kol. H. Fidler odczytuje swą pracę: **Stan szpitalnictwa i ruch chorych w szpitalach ziemi Radomskiej za lata 1908—1911 włącznie,** ilustrowaną ciekawemi tablicami statystycznemi, wykonanemi w pracowni inżyniera m. Radomia p. Józefa Wesołowskiego, obecnego na zebraniu. Dalszy ciąg odczytu odłożono z powodu spóźnionej pory do następnego zebrania.

Członek Zarządu sekretarz Dr T. Rakowski.

---

42. Zjazd chirurgów niemieckich

(Berlin, 26—29 marca 1913)

podał

Dr Adolf Klęsk.

(Ciąg dalszy).

Goldman (Fryburg): **Doświadczalne badania nad czynnością splotów naczyniowych mózgu i opon mózgowych.** Na podstawie doświadczeń z wstrzykiwaniem barwników doszedł G. do przekonania, że nabłonki splotów naczyniowych posiadają własności wydzielnicze i chronią ustrój od dostawania się składników niepotrzebnych; opony mózgowe przypominają co do swej czynności otrzewnę i sieć.

Dyskusya. a) Küttner: Przy operacyach ośrodkowego układu nerwowego rozstrzyga o wyniku wczesne rozpoznanie i dlatego wyniki operacyi prywatnych są znacznie lepsze, niż szpitalnych i klinicznych; niestety objawy są przy sprawach chorobowych ośrodkowego układu nerwowego często bardzo niejasne. Operacye dekompresyjne dają wynik, jeżeli otwór wykona się blisko guza; jeżeli siedziba guza nie da się stanowczo oznaczyć, trzeba założyć dwa otwory od przodu i od tyłu. Przy tarczy zastoinowej, gdzie niema tła kiłowego, a guza operować nie można, powinno się zawsze wykonać operacyę dekompresyjną. b) Oppenheim: Mimo znacznie lepszej techniki, wyniki operacyi na mózgu są obecnie raczej gorsze niż dawniej, bo operujemy obecnie częściej także przypadki, do operacyi mniej się nadające.

Schloffer (Praga): **W sprawie leczenia zaburzeń wzroku przy czaszce wieżowatej** (Turmschädel). S. zaleca w razie zaburzeń wzrokowych przy czaszce wieżowatej, gdy nakłucie spoidła ew. trepanacya dekompresyjna nie doprowadzą do celu, usunięcie części sklepienia czaszki nad kanałem nerwu wzrokowego celem uwolnienia tegoż nerwu. Operacyi tej próbował S. w 3 przypadkach i w jednym, gdzie znikło już poczucie światła, osiągnął je z powrotem po 3 tygodniach.

Sauerbruch (Zürich): **O powstawaniu padaczki.** Doświadczalnie można padaczkę wywoływać u zwierząt nietylko przez uszkodzenie mózgu, ale także przez systematyczne nużenie np. kończyn. Do wywoływania napadu używał S. kokainy. Zabiegi chirurgiczne oddają dobre usługi przy dużych zmianach anatomicznych. S. ma nadzieję, że przy braku zmian drażliwość mózgu będzie może można zmniejszyć sposobem Trendelenburga, t. j. działaniem zimna.

Muskens (Amsterdam): **Urazowa padaczka z uszkodzeniem czaszki.** Przy padaczce urazowej należy najpierw za radą Horsleya opatrzyć uszkodzenia czaszki, a dopiero gdy to nie pomoże, otworzyć oponę, ew. wyciąć odpowiedni ośrodek, zwłaszcza jeżeli drażnienie elektryczne wywołuje typowy napad.

Ritter (Poznań): **O zmniejszaniu ilości krwi w mózgu przy operacyach na czaszce.** W 3 przypadkach uzyskał R. korzystny wynik przez chwilowe zaciśnięcie tętnic szyjnych. Chorzy tracą przytem przytomność, tak, że operować można bez uśpienia.

Kümmell (Hamburg): **Późniejszy los chorych po wycięciu nerki.** Przy gruźlicy nerki osiąga się niemal w 75—80% bardzo dobre wyniki po wycięciu nerki, nawet w tych przypadkach, gdzie w drugiej nerce były zmiany. Natomiast bardzo złe wyniki daje wycięcie nerki zmienionej nowotworowo. Osoby, które żyją po wycięciu nerki już parę lat, uważać należy za zdrowe i dozwolić im na małżeństwo, jakoteż przyjmować do ubezpieczenia.

W dyskusyi potwierdzają to Baetzner, Koelcker i Zondek, Tietze natomiast jest tego zdania, że kobietom

po wycięciu nerki powinno się zakazywać małżeństwa, bo macica ciężarna może nieraz uciskać na jedyny moczowód i przez to ciąża może się stać groźną dla życia.

Graser (Erlangen): **Kliniczne spostrzeżenia nad wpływami nerwowymi na czynność nerek.** (Praca doświadczalna).

Lobenhofer (Erlangen): **Uwagi fizyologiczne o inerwacyi nerek.** Z doświadczeń swych dochodzi L. do wniosku, że nerka jest narządem bardzo samodzielnym i posiada samoistny miejscowy ośrodek nerwowy.

Riedel (Jena): **Wrodzone zwężenia cewki moczowej.** R. spostrzegał 10 przypadków. W razie nieleczenia rokowanie bardzo złe. W celach leczniczych stosuje się rozszerzanie, ew. wycięcie miejsca zwężonego, przytem w razie potrzeby wszczepienie wyrostka robaczkowego,

Mühsam: **Plastyka cewki moczowej zapomocą żyły odgoleniowej.**

Voelcker (Heidelberg): **Operacya na pęcherzykach nasiennych.** Wskazanie: ropienia, blizny wywołujące ucisk lub bole w sąsiednich narządach, nowotwory. Czasem schorzenia powodować mogą przewlekły gościec (3 przypadki, leczone z korzystnym wynikiem co do gośćca).

Ströbel (Erlangen) podaje, że przez sztuczne zwężanie krtani zdołał wywołać u zwierząt wybitne powiększanie się serca, analogiczne do serca przy wolu.

Haberer (Insbruk): **Wycięcie grasicy przy chorobie Basedowa.** 5 przypadków; wyniki korzystne, zwłaszcza w jednym wynik nadzwyczaj dobry.

Hosemann (Rostock): **Czynność tarczycy przy chorobie Basedowa.** Doświadczenia autora, wykonane wspólnie z Walterem, potwierdzają zdanie Waltera, że u osób z brakiem gruczołu tarczowego i przy chorobie Basedowa odnowa uszkodzonych nerwów jest bardzo zwolniona. Przemawia to za tem, że choroba Basedowa polega nie na hypertyreoidyzmie, lecz raczej na dystyreoidyzmie.

Goebel (Wrocław): **Doświadczenia chirurgiczne z trypolitańskiej ekspedycyi Czerwonego Krzyża.** Pod wpływem korzystnego wpływu klimatu rany goiły się bardzo dobrze, nawet rany, zadane szrapnelami. Rany, zadane przez pociski rzucane z aeroplanów, bywają nieraz liczne i goją się źle, towarzyszy im często zakażenie. Przy opatrywaniu cenne usługi oddaje mastisol. Dur brzuszny przebiegał w Tripolis nieraz z powikłaniami chirurgicznemi, zwłaszcza tworzyły się ropnie ślinianki przyusznej, na głowie, kończynach, a nawet zgorzel kończyn.

Coenen i Kirschner: **Doświadczenia chirurgiczne z wojny bałkańskiej.** Zakażenia mają swe źródło głównie w złym pierwszym opatrunku. Mastisol okazał się bardzo cennym, bo opatrunek, założony zapomocą mastisolu, wcale przesunąć się nie może. W wojnie bałkańskiej transport chorych był bardzo wadliwy. Brakowało materyału do opatrunków ustalających przy złamaniach. Amputacye obecnie należeć powinny do rzadkości. Tętniaki urazowe operować należy dopiero wtedy, gdy się dokładnie otorbią. Bardzo złe rokowanie dają na wojnie postrzały rdzenia.

zur Verth (Kilonia): **Zranienia w wojnie morskiej.** Zranienia w walce morskiej są zwykle bardzo ciężkie; pochodzą nietylko od pocisków armatnich, min i torped, ale w $^1/_3$ powstają pośrednio od odłamków strzaskanych części statku. 20% załogi ulega w walce zranieniom, z czego 8% kończy się śmiercią.

Frank (Berlin): **Doświadczenia wojenno-lekarskie.** F. czynny był w wojnie bałkańskiej po stronie greckiej. Zakażeniu ulegają przeważnie rany, zadane pociskami armatnimi; tężec zdarza się tylko rzadko. Operuje się obecnie rzadko, najczęściej jeszcze zranienia czaszki, nerwów i naczyń. Bardzo często spostrzegał F. postrzały łydek, przyczem tworzy się zwykle duży krwiak, nierzadko potem ropiejący, a nawet wiodący do zgorzeli mięśni. — Pochhammer czynny był koło Janiny. Stosował przy zakażeniach z korzyścią zastoinę. Przy dużych zranieniach granatami naświetlał rany z dobrym skutkiem słońcem.

Colmers (Koburg): **O działaniu pocisku stożkowatego.** Pocisk stożkowaty obraca się często w ciele i przez to rani częściej naczynia i nerwy, niż pocisk zakończony jajowato.

Mühsam: **Zranienia mózgu, rdzenia i nerwów, spostrzegane w szpitalu niemieckiego Czerwonego Krzyża w Belgradzie.** Zranienia mózgu są nader rzadkie. Na wielką liczbę zranień czaszki spostrzegał M. tylko 3 przypadki zranień samego mózgu. Uszkodzenia nerwów spotyka się najczęściej przy postrzałach szyi i kończyn. — W dyskusyi zachęca Kirschner, by przy zranieniach okolicy nerwów w razie objawów uszkodzenia nerwu operować odrazu, bo trudno bez operacyi ocenić, jakim właściwie zmianom uległ nerw.

Oettingen (Berlin): **Zakażenie ran na wojnie.** W przeciwieństwie do Bergmanna twierdzi O., że rany na wojnie uważać należy zawsze za zakażone. Nie należy odrazu rany zawijać, gdy krwawi, lecz trzeba pozwolić krwi nieco odpłynąć. Zgłębnik należy z instrumentaryum polowego nieoperacyjnego usunąć. Tamponada z obawy krwotoku jest bezcelowa, bo gdy krwotok będzie silny, zwykle tamponada nic nie pomaga; natomiast często wiedzie tamponada do zakażeń. Rana każda wymaga przedewszystkiem spokoju. Bakterye w sąsiedztwie rany należy unieruchomić przez smarowanie jodyną lub mastisolem, by się nie dostały do rany samej. Przy leczeniu większych zakażonych zranień kończyn należy stosować zawieszania kończyn. — W dyskusyi Rehn czyni zarzut Oettingenowi, że ukrywa skład mastisolu. W odpowiedzi O. przyrzeka go niedługo podać.

Lotsch (Berlin): **Rany postrzałowe naczyń w wojnie turecko-bułgarskiej.** Obecne pociski stożkowate uszkadzają dość często naczynia krwionośne. Przy postrzałach w okolicę naczyń powinni być ranni bardzo ostrożnie przenoszeni, a na t. zw. tabliczkach z oznaczeniem rany w szpitalach nad łóżkiem powinno być umieszczone ostrzeżenie dla personalu sanitarnego, że grozić tu może krwotok. Wiele na pewno stwierdzonych uszkodzeń naczyń goi się mimoto bez śladu, czasem tylko tworzą się tętniaki rzekome. Przy krwotokach po 4—7 dniach można już liczyć na krążenie uboczne i dokonać podwiązania nawet większych naczyń bez zbytniej obawy. Tętniaki leczyć należy z początku zapomocą ucisku, a operować dopiero później w dobrych warunkach aseptyki.

Frisch (Wiedeń): **Wojenno-lekarskie doświadczenia co do tętniaków.** F. spostrzegał 16 tętniaków urazowych, z tego 15 operował ze skutkiem pomyślnym; szesnasty przypadek wyleczył się bez operacyi. Tętniaki sprawiają nieraz nieznośne bóle, co zmusza do operacyi. Zresztą wskazaniami są: zwiększanie się tętniaka, zaburzenia czynności sąsiednich narządów. Zwykle można bez obawy wyciąć całego tętniaka i naczynia podwójnie podwiązać, bo krążenie uboczne u młodych ludzi wytwarza się rychło.

Dreyer (Wrocław): **Spostrzeżenia nad zgorzelą stopy z wojny bałkańskiej.** D. spostrzegał 31 przypadków zgorzeli stopy u żołnierzy, którzy zmuszeni byli po kilka dni chodzić bez zdejmowania w mokrem obuwiu. Obuwie sznurowane jakoteż kamasze uważa D. za złe; najracyonalniejsze są wysokie buty z odpowiedniem urządzeniem cholewy do łatwego zdejmowania.

Carl (Królewiec): **Nowe zastosowanie prądów o wysokiem napięciu w chirurgii.** C. zaleca leczenie tymi prądami przy naczyniakach, używając igły emaliowanej.

Klapp: **O nowym sposobie wycinania migdałków.** Do wycinania migdałków używa K. narzędzia, przypominającego kleszcze Luera.

†

Dr Józef Czajkowski

prezes Towarzystwa lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego, naczelny lekarz szpitala Towarzystwa Sosnowickiego, zmarł w 58 r. ż.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego, prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr Adam, Berlin-Buch (Deut. med. Wochenschrift), Dr Stan. Ostrowski, Petersburg, Wielka Podjaczeska 31 (Russkij Wracz), Dr Fr Vesely, Brno na Morawach (Časopis lek. českych), Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, Kraszewskiego 15 (Wiener med. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«) anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18. (Bulletin de l'Institut Pasteur); Dr M. Friedmann, Wien IX, Allg. Krankenhaus, 27 Stiege. Z. 72. (fizyologia, biochemia, patologia doświadczalna); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński Kraków, Kopernika 40 (Centralblatt f. Chirurgie); Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47 a) (pisma niemieckie); Dr Okińczyc, Paryż (Journal de Chirurgie); z neurologii: Prym. Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Peszt, »Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde«); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Warszawa, Włodzimierska 9, Dr H. Rozenblatówna, Łódź, Szpital Anny-Maryi (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Prof. Dr Lewkowicz i Dr Wł. Bujak, Kraków, szpital św. Ludwika, (Monatsschrift f. Kinderheilk.); z gineologii: Dr Fanc. Neugebauer Warszawa, Leszno 33 (Gynaekol. Rundschau, (Zentralblat f. d. ges. Gynaekol., pisma francuskie), Frommel's Jahresbericht), Dr Hugo Ehrlich, Przemyśl (Zentralbl. f. Gynaek. i Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka 51, (Archiv für Ohrenheilkunde i Monatsschrift für Ohrenheilkunde u. Laryngologie); z dermatologii: Prof. Dr Krzyształowicz, Kraków, Basztowa 6 (Dermatol. Jahresbericht, Archiv f. Dermatol. u. Syphilis). Dr Leon Feuerstein, Lwów, Kopernika 12 (Dermatologische Wochenschrift), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift, Dermatol. Centralblatt), Dr Turzański Jarosław (Mediz. Klinik); z urologii: Dr A. Karwowski, Poznań, św. Marcina 54 (Jahresber. f. Urologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin); z higieny szkolnej: Doc. Dr E. Piasecki, Lwów (Hygiène et médecine scolaires), wraz z Dr M. Biehlerową, Warszawa (Archives intern. d'hygiène scolaire).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 28. V. b. r. posiedzenie, na którem oddano cześć pamięci ś. p. Prof. Dr Bochenka, poczem Prym. Borzęcki przedstawił chorego ze swego oddziału, a Dr Kostrzewski wygłosił odczyt: »Stosunek fermentów we krwi do przemiany materyi«. W dyskusyi przemawiali Doc. Koźniewski i Dr Zubrzycki.

— Polskie Towarzystwo balneologiczne ogłasza następującą odezwę: »Przed rozpoczęciem sezonu letniego w naszych zdrojowiskach i letniskach zwraca się Polskie Towarzystwo balneologiczne w Krakowie z przypomnieniem i gorącem wezwaniem do wszystkich, którym dobro kraju na sercu leży, którym ideały narodowe nie powinny być obojętne, aby pierwszeństwo w wyborze zdrojowisk i letnisk dawali zdrojowiskom polskim. Przedewszystkiem polecić należy gorąco zdrojowiska polskie wszystkim pp. lekarzom, ordynującym w krajach należących do dawnej Polski. Lwia część frekwencyi i rozwoju naszych zdrojowisk zależy od lekarzy, których patryotycznemu stanowisku nadal ufamy tem pewniej, że lekarze przekonali się już, iż u nas równie dobre wyniki leczenia, jak zagranicą, osiągnąć można. Również i prasie polskiej wiele i bardzo wiele w tym względzie zawdzięczamy i na nią liczymy, że obudzone już przez nią uczucie i duch samoobrony społeczeństwa polskiego nadal skutecznie nietylko podtrzymane, ale jeszcze gorliwiej rozniecane będzie. U społeczeństwa polskiego przełamano już pierwsze lody obojętności dla wszystkiego co nasze; — publiczność owiana duchem patryotycznym chętnie wybierze co swoje, tembardziej, że można zapewnić, iż zdrojowiska nasze w ostatnich latach gorączkową rozwinęły czynność ze strony właścicieli jak i zarządów, by stanąć wyżej i by odpowiedzieć godnie rosnącemu zaufaniu ze strony publiczności i lekarzy. W końcu zaapelować należy do pp. właścicieli zdrojowisk, w rękach których spoczywają dalsze losy rozwoju naszych skarbów rodzimych. Niechaj właściciele zdrojowisk i poszczególne zarządy wezmą sobie dobrze do serca te zasady, że należy usunąć ze zdrojowisk wszystko to, co publiczność zraża, że nie należy gonić za chwilowym zyskiem, lecz wyzyskując pomyślną do rozwoju chwilę, niechaj się starają, by publiczność nie zwabić, lecz zwabioną utrzymać, a zdrojowiska krajowe nietylko zaroją się publicznością naszą, lecz przyciągną i obcą. — Za Polskie Towarzystwo balneologiczne: Prof. Dr St. Pareński, prezes, Dr M. Cercha, zast. prezesa, Dr J. Zanietowski, sekretarz, Dr J. Frączkiewicz, redaktor«.

— Zarząd Biblioteki Tow. lek. krakowskiego składa serdeczne podziękowanie JWPanu radcy dworu Prof. Dr Wicherkiewiczowi za czasopisma ofiarowane bibliotece.

— Według Nru 1. sezonowego czasopisma »Krynica«, wydawanego przez zarząd nowoutworzonej gminy »Krynica-Zdrój«, przybyło do tego zdrojowiska od 15—21. V. b. r. 228 rodzin, a 407 osób.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. V. do 24. V. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy 1 † — (obcych 1 † —), krztuśca 4, ospy wietrznej 1, płonicy 11 † — (4 † 1), odry 7 † — duru brzusznego — † 1 (2 † —), duru plamistego —, róży 2 † 1, tężca — † — (1 † —). Dr Janiszewski.

Warszawa. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego d. 5. czerwca 1913 r. znajdują się m. i. następujące komunikaty: 1) J. Pawiński: »Etyologia stwardnienia tętnic w świetle statystyki«. 2) J. Tur: »Badania nad wpływem promieni radu na rozwój jaj mięczaków«. 3) J. Tur: »O rzekomem »przemieszczaniu się« pod błoną żółtkową blastodermy jaj gadów i ptaków«. 4) J. Tur: »Nowe przypadki potworności złożonych w zarodkach kaczki«. 5) R. Szretter: »O powstawaniu smugi i brózdy pierwotnej w zarodkach wróbla«.

— W Zakładzie dla umysłowo chorych w Drewnicy pod Warszawą odbyło się poświęcenie nowego gmachu, który został zbudowany dzięki ofiarności społeczeństwa i energii kuratora zakładu, Dr K. Rychlińskiego. Zakład może obecnie przyjąć 236 chorych.

— Rząd gubernialny piotrkowski zamyśla o budowie zakładu dla obłąkanych, gdyż za utrzymanie obłąkanych z gubernii piotrkowskiej płaci w Tworkach pod Warszawą około 40.000 rubli rocznie.

— Majowy swój zeszyt poświęciło »Zdrowie« wyłącznie balneologii, a w szczególności Ciechocinkowi.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 19. V. do 26. V. 1913 przypadków: ospy 1 † —, płonicy 1 † —, duru wysypkowego 2 † 1, róży —. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Lekarze polscy, ordynujący w Karlsbadzie, chcąc uczcić pamięć Dra Stanisława Hassewicza, długoletniego lekarza-praktyka w Karlsbadzie, znanego filantropa, zmarłego w r. z. w Warszawie, uchwalili na zebraniu lekarskiem w dniu 6. maja b. r. założyć w Karlsbadzie fundusz zapomogowy jego imienia dla biednych chorych w Karlsbadzie. Dla zasilania zebranej sumy wnosić mogą składki na ręce każdego z lekarzy polskich w Karlsbadzie wszyscy, którzy uznają cel funduszu lub chcą dać wyraz czci dla szlachetnej ofiarności Dra Stanisława Hassewicza.

— Bezimienny ofiarodawca przeznaczył 10.000 marek na nagrodę za wynalezienie skutecznego sposobu usunięcia prątków duru z ustroju »roznosicieli« tego zarazka. Należy dowieść, że po użyciu tego środka mocz i kał najmniej przez pół roku nie zawierają prątków. Prace konkursowe w języku niemieckim mają być złożone do d. 1. października 1914 na ręce przewodniczącego komitetu konkursowego, prof. Schjerninga, w Berlinie.

— Rząd francuski wypracował projekt ustawy o obowiązkowem odkażeniu po każdym przypadku śmierci między 2. a 60. r. ż. Prof. Landouzy w Akademii lekarskiej w Paryżu oświadczył się wobec tego za obowiązkowem odkażaniem w każdym przypadku śmierci bez żadnych ograniczeń.

— »Münchener medizinische Wochenschrift« wychodziła w r. 1912 w 15.000 egzemplarzy. Grono wydawnicze przeznaczyło z czystych zysków 12.600 mk. na cele humanitarno-lekarskie (fundusze wdów po lekarzach i t. p.).

Redakcya otrzymała: Ziembicki Witold: 1) Kilka słów o kile płucnej, z powodu przypadku leczonego salwarsanem. 2) Rola chirurgii w nauce o przysadce mózgowej. (Tygodn. lek. 1912—1913). — Szymanowski: 1) Studya z dziedziny anafilaksyi. »Akad. Um.« Kraków 1912. 2) Über die Anwendung der Präzipitationsmethode zur Diagnostik des ansteckenden Verkalbens. »Arbeiten aus dem kaiserl. Gesundheitsamte«. T. XLIII. 1912.— Szymanowski i Zagaja: Ein Beitrag zur Thermopräzipitation beim Milzbrand. »Zeitschr. f. Infektionskrank.« 1912. — Bańkowski i Szymanowski: Studya z dziedziny anafilaksyi II. »Akad. Umiej.« 1913. — Saski: Trzy przypadki duru brzusznego, leczone szczepionką Czajkowskiego. »Nowiny lek.« 1913. — A. Rydygier (jun.): 1) O leczeniu słoniowaciny sposobem Handleya. (»Przegl. lek.« 1911). 2) O trepanacyi zwalniającej (dekompresyjnej) i operacyi Anton-Bramanna (»Tyg. lek.«). 3) Erfahrungen über die Resektion der hinteren Rückenmarkswurzeln bei spastischen Lähmungen (»Deuts. Zeitschr. f. Chir.«). — N. Cybulski: Elektryczność zwierzęca, prądy spoczynkowe i czynnościowe. Warszawa 1913. — L. Korczyński: 1) Zur therapeutischen Verwendung der Guberquelle. 2) Beiträge zur Hefetherapie. 3) Zur Frage einfacher Funktionsprüfung des Herzens. (»Oesterr. Ärzte-Zeitung«). 4) Uwagi o naszym ruchu naukowym na polu balneologii. (»Med. i Kron. lek.«). 5) O hormonach wegetatywnego układu nerwowego. — Fr. Vesely: Vseobecne zásady jimáni minerálnich zridel. (»Technicky Obzor« 1913).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w maju 1913.

Gazeta lek. Nr 18—21. Lang: Ogniska nabłonka walcowatego w błonie śluzowej górnego odcinka przełyku (18). — Falgowski: Nowsze przyczynki do patologii i terapii zapalnych schorzeń przydatków macicy (18—21). — Horodyński: Przyczynek do rozpoznawania i leczenia choroby Mortona (19). — Pu-

ławski: Okresowa puchlina stawów (20—21). — Łapiński: Listy z podróży (20). — Blay Julia: Do kazuistyki pemphigus vegetans (21).

Medycyna i Kronika lek. Nr 18—12.: Wasserthal: Badanie mikroskopowe kału w świetle spolaryzowanem (18). — Bychowski (dok. 18). — Ziemiński: Gruźlica oka a tuberkulina (19). — Brzezińska i Perłowski: Przypadek białaczki ostrej (19). — Bregman i Krukowski: Przyczynek do sprawy surowiczego zapalenia opon mózgowych (20—21). — Grudziński: Złogi i zwapnienia ze stanowiska rentgenologii (21—22).

Tygodnik lek. Nr 18—21.: Sochański: Analiza kapillarna soku żołądkowego i jej praktyczne znaczenie oraz kilka uwag, dotyczących innych metod miareczkowania treści żołądkowej (18). — Frączkiewicz: O działaniu wody gorzkiej »Hunyadi Janos« w leczeniu chorób wewnętrznych (18—19). — Ostrowski: Znaczenie rozpoznawcze objawu trojaka (»signe du sou«) przy zapaleniach płuc i opłucnej u dzieci (19). — W. Skórczewski i Sohn: O wpływie leczenia radem na przemianę materyi u dnawych (20—21). — Paśko: Przypadek raka sutka męskiego (20).

Nowiny lekarskie. Nr 5.: Gliński: Przysadka mózgowa wogóle, przysadka a ciąża w szczególności. — Neugebauer: Przypadek porodu 5 lat po zachowawczem operacyjnem wyleczeniu porodowego wynicowania macicy sposobem Piccoliego. — Serkowski i Kraszewski: Zastosowanie hemometru Fleischla do ilościowego określania indykanu. — Szerszyński: Postępy w leczeniu gruźlicy kości i stawów. — Serkowski: Opsoniny i bateryotropiny w świetle doświadczeń własnych i krytyka teoryi Wrighta.

Przegląd pedyatryczny, Tom V. Z. 3.: Judt: Ostre ropne zapalenie stawów u niemowląt. — Biehler M. (c. d.).

(Dokończenie nastąpi).

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 4. czerwca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye. 2) Dr Wachtel: »O wegetaryanizmie«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Prothaemina w praktyce. Dr A. Bader. (Z ambulatoryum ogólnej styryjskiej kasy chorych i kasy wsparcia robotników w Gracu). (Medizinisch-chirurgisches Centralblatt. 1912. Nr 25).

Prothaemina jest przetworem uzyskanym najpierw przez prof. Salkowskiego na podstawie rozległych szczegółowych doświadczeń, zawierającym wszystkie ciała białkowate krwi w postaci suchej. Temu składowi zawdzięcza prothaemina swe odrębne stanowisko pomiędzy przetworami odżywczymi odpowiednio do wyników uzyskanych przez Salkowskiego przy doświadczeniach żywienia białkanami mięsa i białkiem hemoglobinowem, które jako zastępstwo mięsa nie dostarczyły dostatecznego odżywienia w doświadczeniu na zwierzęciu, podczas gdy całkowite ciała białkowate krwi (prothaemina) pozwalały uzyskać bardzo korzystne wyniki co do wyzyskania, smaku i złożenia w organizmie.

Prothaemina jest bardzo wysoko procentowym środkiem białkowatym tuczącym, gdyż zawiera ponad 93% białka. Naturalna zawartość lecytyny warunkuje zapewne obok całkowicie ograniczonego żelaza krwi jego wpływ skrzepiający napięcie nerwowe i wzmacniający.

Spostrzeżenia na materyale chorych autora potwierdzają słuszność tych przesłanek w sposób pocieszający, iż można mówić o rzeczywistem wzbogaceniu skarbca leczniczego, czy to chodzi o to, aby przy podupadnięciu stanu ogólnego odżywienia i trawienia, przy ogólnem osłabieniu, n. p. przy niedokrwistości, blednicy, stanach neurastenicznych, początkującej gruźlicy i w ozdrowieniu i t. d. podnieść miarę energii spożytego pożywienia do wymaganej wysokości przez wysokowartościowy, zupełnie wessaniu ulegający i należycie wyzyskany, smaczny i łatwo dający się zażywać przetwór odżywczy, czy też ma się zamiar wpłynąć szczęśliwie na tworzenie się krwi przez doprowadzenie tego najłatwiej strawnego białka (zawartość żelaza organicznego) i na skrzepienie nerwów (zawartość fosforu i lecytyny), co stanowi pierwsze warunki konstytucyonalnego wzmocnienia.

Prothaeminę sporządza firma Goedecke & Co. Berlin N. 4. Pozostaje ona pod stałą doświadczalną kontrolą ze strony tajnego Radcy Prof. Dra E. Salkowskiego w Berlinie. Porthaemina jestto proszek delikatny, brązowy, prawie bez smaku i woni, który w postaci suchej lub w potrawach może być przyjmowany. Dawka dz. ca 15—30 gr. (1—2 kopiastych łyżeczek herbacianych). Otrzymać je można także w postaci dragee i szczególnie smacznych biszkoptów prothaeminowych. Hr. W.